الصحة النفسية

للفرد والمجتمع

الأستاذ الدكتور
سعيد جاسم الأسدي

الدكتور
عطاري محمد سعيد



مكتبة العلامة الحلّي

الرضوان
للنشر والتوزيع


تليجرام
هنا سور الازبكية
غواص في بحر الكتب
باحثون
محمد خطاب

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَتُرَدُّونَ

إِلَى عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ ﴾

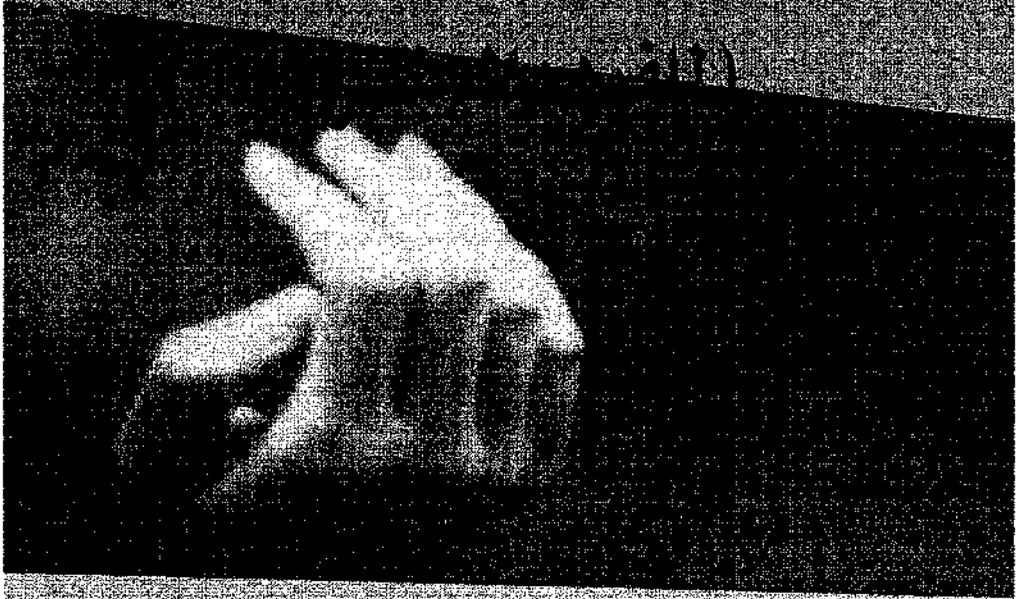
صدق الله العظيم



الصحة النفسية (للفرد والمجتمع)


تليجرام
غواص في بحر الكتب

الصحة النفسية



الأستاذ الدكتور سعيد جاسم الاسدي

الدكتورة عطاري محمد سعيد

الطبعة الاولى

2014م - 1435هـ

الرضوان

دار الرضوان للنشر والتوزيع - عمان

المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2012/11/4349)

150.1
الاسدي، سعيد جاسم
الصحة النفسية (الفرد والمجتمع)/ سعيد جاسم الأسدي، عطاري محمد سعيد، ـ عمان: دار الرضوان للنشر والتوزيع، 2012.
( ) ص
ر.إ: 2012/11/4349
الواصفات: علم النفس// الشخصية// الصحة النفسية
يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبّر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى

الطبعة الأولى

2014م – 1435هـ

الرضوان

دار الرضوان للنشر والتوزيع

المملكة الأردنية الهاشمية - عمّان - العبدلي
هاتف : 1/ 5/ 79 36 465 6 962+
فاكس : 41 36 465 6 962+
e-mail: info@redwanpublisher.com
www.redwanpublisher.com

ردمك ISBN 978-9957-76-188-2

الفهرس

الفصل الأول

قراءات أولية أساسية في مفاهيم الصحة النفسية

الفصل الثاني

خلفية نظرية لأنماط الشخصية

الفصل الثالث

الاضطرابات السلوكية

الفصل الرابع

الصدمة النفسية من منظور الصحة النفسية

الفصل الخامس

اثار الضوضاء في الصحة العامة والنفسية للفرد والمجتمع

الفصل السادس

المشاكل الصحية الكبرى للنساء في العالم العربي

المقدمة

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على محمد معلم هذه الامة وعلى آل بيته الاطهار وعلى رسله جميعاً وأنبيائه الذين ارسلهم لهداية الخلق وسلوك الصراط المستقيم.

الصحة النفسية في مفهومها العلمي فهي ليست مجرد خلو الانسان من الاعراض المرضية الظاهرة (External Symptoms) التي تظهر في صورة وساوس، وتوتر، وقلق أو هذيانات أو سلوك شاذ وإنما هي سمات وخصائص موضوعية. كما إن الاختلال في الصحة النفسية أمر نسبي كما هو في الشذوذ، فكما انه لا يوجد حد فاصل بين الشاذ والعادي لا يوجد حد فاصل أيضاً بين الصحة النفسية والإضطراب النفسي، وإن التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة لدى الفرد أمر يكاد يكون معدوماً، ودرجة اختلال التوافق هي التي تميز حالة الصحة عن غيرها. وان السواء واللا سواء مسألة نسبية، فما يمكن ان يعد شيئاً سوياً في وقت ما وفي مكان ما ربما يعد شيئاً غير سوي في وقت آخر ومكان آخر، فليس هناك حد فاصل أو مطلق بين السواء والشذوذ.

ويرى تورنس(Torrance) انه لابد للإنسان ان يتعرض للإحباط وان يعاني الالم، أي انه يرى بأن الصحة النفسية تعتمد على قدرة الفرد على اختبار الالم فضلاً عن ما يختبره من لذة . كما ان الصحة النفسية عملية معقدة متشابكة ونتاج لتآزر كثير من العمليات التي تتأثر بكل من الخصائص الوراثية، ومختلف الظروف والمواقف البيئية التي يواجهها الفرد. وليست الصحة النفسية حالة دائمة عصية على التغيير ولا تتبدل عند الشخص، فهي حالة مكتسبة قد تزداد أو تنقص، أي انها تتغير بحسب احوال الفرد الداخلية والخارجية، والزيادة والنقصان مسألة نسبية تختلف باختلاف الافراد وحسب اختلاف احوالهم. وكثير من الناس، لا يشكون من اضطراب نفسي صريح، ويشعرون مع ذلك، بقدر مزمن من التعاسة او الخيبة او الصد او عدم التطمين، وربما كانوا بذلك مدركين

بأنهم - لسبب او لآخر - قد فشلوا في ان يحصلوا على احسن ما يمكن ان تأتي به قدراتهم، وفي ان يتمتعوا بلذة الحياة كما ينبغي، وفي ان يصلوا الى النجاح المرجو في عملهم وعلاقاتهم الانسانية على السواء.

ويجمع العلماء على ان هنالك ازدياداً ملحوظاً ومطرداً في الاضطرابات النفسية في العالم خلال المائة سنة الاخيرة على الاقل، وان هذه الزيادة لم تصل حدّها الاقصى بعد. وتقدر الدراسات ان نسبة الامراض النفسية في المجتمع تقع في حدود (10٪) من اجمالي السكان، وان ما لا يقل عن (50٪) من مجمل المرضى الذين يدخلون المستشفيات يشكون مباشرة من مرض نفسي او تعود شكواهم الجسمية الى اسباب وعوامل نفسية المنشأ.

وبناءً على ما تقدم، فإن على الانسان ان يعيش وضعاً مناسباً من التوازن النفسي والبدني والعاطفي، وفي مختلف مراحل التطور الاجتماعي. وينبغي عليه المحافظة على هذا التوازن في حدود معقولة ومألوفة في البيئة الاجتماعية الجديدة، إن نجاح الانسان في هذا السعي يؤدي به الى حياة مستقرة ومثمرة ومفيدة، اما فشله في المحافظة على التوازن النفسي - في أي مرحلة من الحياة - فقد يلقي به في هوة الاضطراب النفسي، وما يفرضه من معاناة للفرد ومكابدات للعائلة والمجتمع.

ومن هنا ظهر في مجالاتنا التربوية والنفسية علم اختلط هويته المميزة في هذا العالم، هو علم الصحة النفسية الذي يمثل الدراسة العلمية للصحة النفسية للفرد الانسان والمجتمع وعملية التوافق النفسي وما يؤدي إليها، وما يحققها وما يعوقها، وما يحدث من المشكلات واضطرابات نفسية، ودراسة اسبابها وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها.

ولذا ارتبط هذا العلم بقدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، مما يؤدي الى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطراب مليئة بالتحمس. وهكذا نجد ان علم الصحة النفسية هذا يستفاد من فروع علم النفس

الاخرى النظرية والتطبيقية، وخاصة علم النفس الطفل، وعلم النفس الاجتماعي وعلم النفس الارشادي وغيرها من الفروع الاخرى التي اوليناها اهتماماً فائقاً للعرض والدراسة والتحليل وبيان مدى الاستفادة من ذلك. حتى نكون قد وفينا هذا المؤلف او السفر الجليل حقه، وقدمناها بطريقة علمية جديدة، اخذنا مدياتها ومرتكزاتها وأسسها ومنطلقاتها النظرية والتطبيقية من كل افق تناول موضوع الصحة النفسية او تعلق باطرافه، علنا قد وفقنا في تقديم امانة علمية يستفيد منها دارس هذا العلم سواء على المستوى الثقافي العام للناس والأفراد والمجتمع، او سواء على المستوى الاكاديمي في مراحل الدراسات الاولية او العليا (الماجستير والدكتوراه). ونكون بهذا قد وفرنا مرجعاً علمياً غنياً لكل القراء والباحثين على مختلف المستويات وما غايتنا إلا ان نقدم غذاء وشراباً سائغاً للفرد والمجتمع من اجل:

* تزويد المجتمع بقدرة على للسيطرة على العوامل التي تؤدي الى الإحباط واليأس.
* القدرة على السيطرة على عوامل الهزيمة المؤقتة.
* القدرة على الصمود إزاء الصراعات العنيفة ومشكلات الحياة اليومية.
* حب العمل وعدم السأم منه والفرار منه.
* الشعور بالراحة في الحياة العائلية وفي العلاقات الاجتماعية.
* تفهم الحاجات العاطفية ووجهات النظر للآخرين والتجاوب معها.

اننا اذ نسعى لتحقيق كل هذه الامور وغيرها من وراء تبصير الفرد والمجتمع مفاهيم الصحة النفسية، والاهتمام بشخصياتهم سليمة خالية من الامراض والمعوقات، ما هو إلا جانب من جوانب الاهتمام بتنمية الطاقات البشرية وتوجيهها، والتي تعتبر اليوم من اشد المطالب الحيوية في هذا العصر. ويأتي ايضاً من باب ادراك اهمية بناء انساننا ومجتمعنا وتطويرهما الدول والحكومات بالطاقات والقدرات لأبنائها لأنهم يمثلون ثروة وطاقة دافعة نحو التقدم والبناء.

ومن هنا كان لابد لنا من الاهتمام بالصحة النفسية لكي يتمكن الجميع من مواجهة مشكلاته وحلها، ونخلق انساناً معتمداً على نفسه متمتعاً بصحة نفسية جيدة متوافقاً نفسياً واجتماعياً ومهنياً. وهكذا اوجدنا كما يقول غيرنا تعاضداً بين التربية والصحة النفسية من اجل تنمية الفرد والمجتمع وإحداث التكامل في شخصيات امتنا العراقية.

والله من وراء القصد

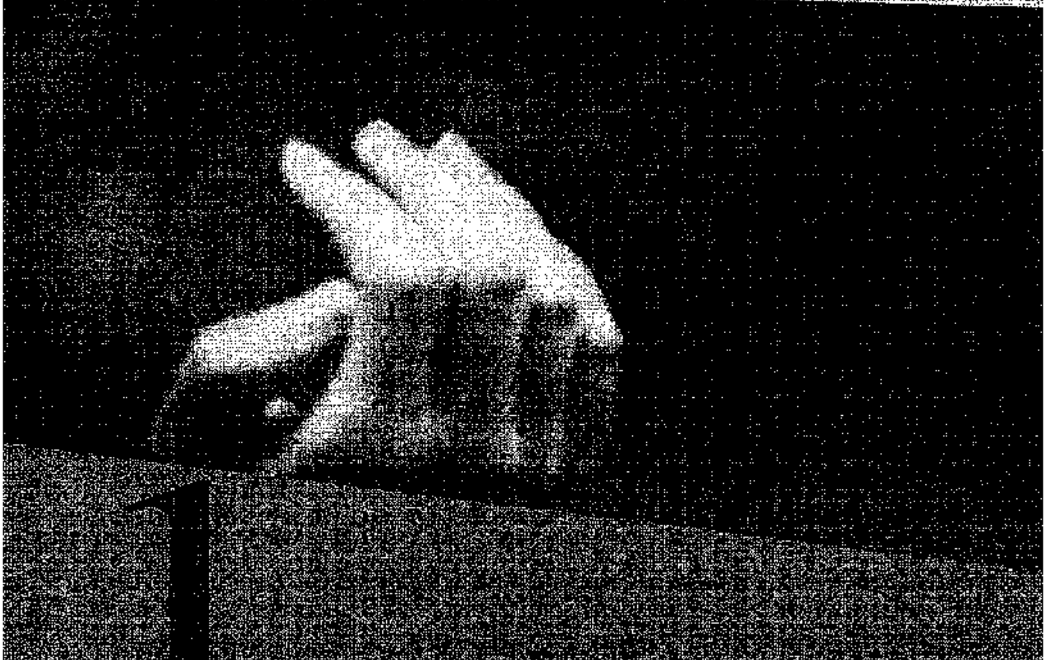
ويظل شعارنا ولازمتنا الآخلاقية: ﴿ وَقُلِ ٱعْمَلُوا۟ فَسَيَرَى ٱللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُۥ وَٱلْمُؤْمِنُونَ ﴾.

المؤلفان

البصرة – نيسان/2012

الفصل الأول

قراءات أولية أساسية في مفاهيم الصحة النفسية



الفصل الأول

قراءات أولية أساسية

في مفاهيم الصحة النفسية

أولاً : نبذة تاريخية عن الصحة النفسية :

يعّد متغير الصحة النفسية من المتغيرات التي حظيت بالاهتمام منذ أقدم العصور، وإن كان ذلك ليس بالمصطلح المعروف اليوم، فقد عرف الإنسان المرض النفسي منذ آن وجد على أرض المعمورة، وقد ألقى الكهنة والفلاسفة والمفكرون والأطباء ورجال الدين على مر العصور بدلوهم في فهم وتشخيص وعلاج المرض النفسي والعقلي.

وقد مرّ تطور الصحة النفسية بتأريخ طويل يرجع الى نحو خمسة آلاف عام وقديماً عدّ المرض النفسي عقوبة تسلطها الآلهة على البشر جرّاء آثامهم ، ونسبه القدماء أيضاً إلى سيطرة الأرواح الشريرة على النفس البشرية. وتعود الجذور التاريخية لما يوجد الآن من فكر عن الصحة النفسية والأمراض النفسية والعلاج النفسي الى الحضارة المصرية والحضارة البابلية والحضارة الصينية والحضارة الهندية والحضارة السومرية. وقد احتوت أوراق البردي المصرية القديمة على بعض الإشارات للاضطرابات العقلية، ففي نحو سنة (1500 ق. م) ذكرت في تلك الأوراق ملاحظات عن تغيرات مرحلة الشيخوخة تتضمن الاكتئاب وضعف الذاكرة.

ويعّد الكميون (Alcmeon) (550- 500 ق. م) أول فيلسوف جعل المخ مركزاً للعقل وأن الاضطرابات التي تصيب المخ هي التي تسبب الاضطرابات العقلية. وجاء هيبوقراط (460- 357 ق.م) ليؤكد أن للاضطرابات النفسية أسبابها الطبيعية، وتعّد وجهة نظر هيبوقراط امتداداً لوجهة نظر فيثاغورس التي

عدّت الدماغ عضواً مركزياً للفعالية الذهنية وأرجعت المرض النفسي الى مرض الدماغ. وناقش أفلاطون (380 ق. م) العقل والكائن البشري، ووجه العناية الى المعاملة الإنسانية والفهم اللازم لعلاج المرضى. ووجه العناية الى أحلام المريض وأهميتها. أما أرسطو (300 ق.م) فقد أهتم بأثر العوامل النفسية كالإحباط والصراع في المرض النفسي ومن ثم رفضها. وأتبع نظرية هيبوقراط في (الصفراء)، فالصفراء الحارة مثلاً، تولد الرغبات الجنسية، وقد تدفع إلى الانتحار. وعدّ أسكيلبيادس (Ascelpiades) (نحو50 ق.م) أن الاضطرابات النفسية والعقلية تنشأ عن اضطرابات العواطف والمشاعر. كما يذكر أن السيد المسيح (ع) عالج المرضى برفق وحنان، وأعاد اليهم صحتهم الجسمية والعقلية. أما جالينوس (130- 200م)، فقد كان يعتقد بوجود أربعة (أخلاط) في الجسم، فالكآبة ناتجة عن زيادة في سائل السوداء، وعند ازدياد حرارة هذا السائل تتحول الكآبة الى حالة الهوس المانيا (Mania). وأرجع غالن (Galen) في تلك المدة المرض النفسي الى أسباب عضوية، أو أسباب نفسية كالخوف والصدمات والأزمات الاقتصادية. وبسقوط الحضارتين اليونانية والرومانية تعرضت كل مجالات العلم للخسوف الكلي وعادت التفسيرات السحرية وتجددت الشعوذة، وضعف سلطان الأطباء في معالجة الأمراض النفسية والعقلية، وحل محلهم رجال الكنيسة.

ومن جهة أخرى، فقد شهد المشرق ظهور الإسلام الذي أنكر بعض العادات والتقاليد التي كانت معروفة في المحيط الإسلامي. وجاء بما هو أهم منها وأجل شأناً ذلك هو الاستشفاء بالقرآن الكريم. وقد برع علماء العرب في الطب بما في ذلك الطب النفسي والعقلي. فكان الرازي يرى بأن: "العلل قد تكون من أسقام نفسية مثل الحزن والغضب والعشق. وأن جميع ما يعرض للإنسان على وجهين، أما عارض للجسد، وأما عارض للنفس"، وبرز من خلال هذا الإشراق العلمي أيضاً، فلاسفة أطباء كان من أبرزهم أبن سينا (980- 1037م) الذي

وجه عنايته بالدرجة الرئيسة الى النفس وأشار في إحدى نظرياته الى تأثير الانفعالات والعواطف فيها.

وفي أوائل عصر النهضة ظهر في الغرب رجال تحررت عقولهم من ظلمة الجهل التي كانت مخيمة عليهم، وبدءوا يولون عنايتهم نحو البحث في أسباب الاضطرابات النفسية والعقلية، وكان الفيلسوف الأسباني جوان لويس فيف (Juan Luis Vives) من رجال النهضة الأوائل الذين عنوا بدراسة دوافع السلوك الإنساني. وذهب بارسيليوس (Paracolsus) (1493- 1541م) وهو طبيب معاصر لجوان فيف الى أن للاضطرابات النفسية والعقلية أسباباً نفسية، وقال بوجود قوة مغناطيسية في الجسم، وهذا هو أساس ما جاء به مسمر (Mesmer) فيما بعد. ولم يستطع الكثير من الأطباء أن يهتدي الى وجود علل عضوية يمكن أن تفسر الاضطرابات النفسية والعقلية، ومن ثم ابتدأ عدد من الأطباء يرون أن أغلب الاضطرابات النفسية والعقلية إنما ترجع الى أسباب نفسية لا عضوية، وقد مهّد هذا لظهور المدرسة النفسية التي يرجع تأريخها الى آنتون مسمر (Anton Mesmer) (1734- 1815م) الطبيب النمساوي الذي نادى بوجود مادة مغناطيسية سماها (المغناطيسية الحيوانية).

وكان جيمس بريد (James Braid) (1795- 1860م) الطبيب الانجليزي أول من أكتشف أن التنويم المغناطيسي ظاهرة نفسية بحته يمكن إحداثها من دون استخدام المغناطيس أو أي مادة طبيعية أخرى. وتمكن الطبيبان ليبولت (Liebault) (1825- 1904) وبرنهايم (Bernheim) (1837- 1919) من ان يكتشفا العلاقة بين الهستيريا والتنويم، ويكونا نظرية تقول بأن الهستيريا والتنويم يحدثان نتيجة الإيحاء. كما أرجع بيير جانيه (Pierre Janet) (1859- 1947) الهستيريا الى التجارب الخاصة التي يتعرض لها المريض في حياته السابقة وقد اهتمت المدرسة الفرنسية على وجه عام بالعوامل النفسية

المسببة للهستيريا وأعطت الاستعدادات المزاجية دوراً أكبر مما تستحق، واقتصر بحثها على الصدمات النفسية التي تحدث في مراحل الشباب.

إن البحث في الصحة النفسية ودراستها لم يصبح بحثاً علمياً سليماً حتى أواخر القرن التاسع عشر إذ انصرف الكثير من العلماء إلى استخدام أساليب البحث العلمي من ملاحظة وتجريب في دراسة الظواهر النفسية.

ثانياً: مدخل الى نظريات الصحة النفسية

يعّد مصطلح الصحة النفسية (Mental Health) من المصطلحات التي ارتبطت بالطب النفسي، وقد ورد مصطلح الصحة العقلية (Mental hygiene) لأول مرة في العام (1908) في كتاب (عقل قد وجد نفسه) (Amind that Found It Self) لمؤلفه كليفورد بيرز (Beers)، ومن بين الذين تأثروا بهذا الكتاب عالم النفس (وليم جيمس)، ثم انتقل المصطلح الى اللغة الألمانية، إلا أنه تغير الى الصحة النفسية (Psycho Hygience) على أساس أن هذه الدعوة تتجاوز العلاج والعناية بالعقول الى علاج النفوس والعناية بها، وأن الاضطراب النفسي أشمل من الاضطراب العقلي، ويعّد كتاب الصحة النفسية (Psychische Hygience) عام 1931 لمؤلفيه (بريزينا) و(سترانسكي) (Brezina & Stransky) أول كتاب يذكر فيه مصطلح الصحة النفسية بشكل صريح بدلاً من الصحة العقلية، وينبه فيه أيضاً الى نوع من الاضطرابات أطلق عليها الاضطرابات النفسية الجسمية (Psychosomatics).

وقد عرًف دستور منظمة الصحة العالمية لعام (1946) الصحة النفسية بالآتي: "إن الصحة النفسية هي حالة من السعادة الكاملة جسمياً وعقلياً وإجتماعياً ولم تكن مجرد الابتعاد عن المرض أو عاهة من العاهات. ويشير المؤتمر العالمي للصحة النفسية، إلى أن مفهوم الدرجة القصوى من الصحة النفسية لا يشير الى الحالة المطلقة أو المثالية بل هي تعني الوصول الى أفضل حالة ممكنة

وفقاً للظروف المتغيرة"، وعلى هذا تفسر الصحة النفسية بأنها حالة الفرد التي تتناسب وقابلياته من جهة ومحيطه الاجتماعي من جهة أخرى.

وترتبط الصحة النفسية ارتباطاً وثيقاً بتكيف الإنسان وتوافقه مع نفسه ومجتمعه، وإن مفهوم التوافق (Adjustment) من المفاهيم الشائعة والأساسية في علم النفس بصورة عامة ومجال الصحة النفسية بصفة خاصة. والتوافق كلمة تعني التآلف والتقارب واجتماع الكلمة، فهي نقيض التنافر والتصادم، والتوافق هو تلك العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص الى ان يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين البيئة. ويمكن القول إن الصدمات النفسية والخيبة التي يلاقيها كل فرد خلال حياته تنشأ من فشله مؤقتاً أو لمدة طويلة في إرساء حاجاته ورغباته وحوافزه. ويبدو أن هذه الصدمات تنشأ من التفاعل الذي يجري ما بين حاجات الشخص وصفاته من جهة، وظروف بيئته من جهة أخرى، فإذا آستطاع أن يرضي حاجاته بسرعة، حدث ما يمكن أن يدعى التوافق الطبيعي (Normal Adjustment) ولكن إذا استمرت دواعي الخيبة والفشل لمدة طويلة فإن النتيجة ستكون شكلاً من أشكال التوافق السيئ.

إن التوافق الجيد والصحة النفسية مصطلحان يردان أحياناً بشكل مترادف، إلا ان كل مصطلح يشير إلى طريقة معينة للحياة، فالشخص الذي يكون توافقه جيداً، هو الشخص الذي يعّد من النماذج التي تظهر مظاهر سليمة من السلوك أو السمات الشخصية المرغوبة، وعلى أي حال، فإن هذين المصطلحين بينهما اختلافات تستحق الاعتبار وهي:

1. مفهوم التوافق هو نوعاً ما أكثر بيئية، بينما الصحة النفسية أكثر شخصية (شخصي).
2. إن مفهوم التوافق هو نوعاً ما أكثر دينامية، بينما الصحة النفسية أكثر أستاتيكية.

3. مفهوم الصحة النفسية هو أحياناً مستبقي ومحدد لخصائص شخصية مرغوبة، وهي أكثر من توافق جيد - إنها توافق أسمى.
4. خلافاً لمفهوم التوافق، الصحة النفسية تتضمن الحالة البدنية أو الطبية. المصطلح "صحة" هو أساساً مستعار من الطب، ويعّد مماثلة بين الصحة البدنية والصحة النفسية، وهذا فرق مهم بين التوافق والصحة النفسية.

"التوافق السيئ" و"المرض النفسي" يشتركان بالمعنى، لكن هذين المفهومين يكونان كذلك قابلين للتغيير كالتوافق الجيد والصحة النفسية. ويشير كل من التوافق السيئ والمرض النفسي إلى نماذج تتميز بخصائص مفتقرة أو سلوك غير مرغوب. ومثل التوافق، فإن التوافق السيء يمتلك تضمينات بيئية دينامية. ومثل الصحة النفسية، فإن المرض النفسي هو أكثر شخصي وستاتيكي في المعنى. وتماماً كالصحة النفسية تستعمل أحياناً لتعيين ما هو أفضل من التوافق الجيد، والمرض النفسي يستعمل أحياناً لتعيين ما هو أردأ من سوء التوافق، أي أن أعلى نقطة لسوء التوافق، عندما تجتاز أو (يتخطاها الفرد ويعبرها) فإنه عند ذلك تكون "العلة العقلية" أو "المرض".

وفي انتقاله الى مظاهر الصحة النفسية، يمكن القول إن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية ينظر إلى نفسه والى مشكلاته نظرة موضوعية أو يسلك وفقاً لواقعه الموضوعي، ويكون لديه استبصار بسلوكه كما يكون قد حسّن توافقه وتعلم استجابات متماسكة إزاء مشكلاته. والشخصية السوية المتزنة هي الشخصية المتكاملة، أما غير المتكاملة فهي أما ناقصة التكامل او المفككة، وللتفكك درجات أقصاها التصدع والانحلال. فالشخصية السوية المتكاملة كجسم الإنسان وحدة منظمة من أجزاء وعناصر متضافرة متكاملة. والتكامل هذا لا يأتي عرضاً بل له شروط بيولوجية ونفسية مختلفة، فالجهاز العصبي أو الجهاز الغدي إذا آصابهما اعتلال، كان ذلك من أسباب عدم التكامل واعتلال الصحة النفسية وظهور الأمراض العصبية والأمراض العقلية العضوية المنشأ.

ويرى اتكنسون (Atkinson) أن الفرد السوي يمتلك درجة أكبر من الفرد غير السوي في النقاط الآتية:

1. **الإدراك الفعّال للواقع**: إن الأفراد الاعتياديين واقعيون باعتدال في تثمينهم أو تقديرهم لما يوجد من ردود أفعال، وقدرة على تفسير ما يجري حولهم في العالم ولا يبخسون قابلياتهم ولا يهتمون بما هو فوق قابلياتهم.

2. **معرفة الذات**: الناس المتوافقون جيداً يملكون بعض الوعي أو الدراية لما لديهم من دوافع ومشاعر على الرغم من أن لا أحد يستطيع تماماً فهم مشاعره وسلوكه، والناس الاعتياديين لا يقومون بإخفاء مشاعرهم المهمة ودوافعهم عن أنفسهم، ويمتلكون وعياً ذاتياً أكثر من غير الأسوياء.

3. **القدرة على ممارسة السيطرة الإرادية أو الطوعية على السلوك**: الأفراد الاعتياديين يشعرون بقدراتهم للسيطرة على سلوكهم، أحياناً يتصرفون باندفاع ولكنهم قادرين على قمع أو ضبط الدوافع أو التحريضات الجنسية والعدوانية عند الضرورة.

4. **قبول واحترام الذات**: الناس المتوافقون جيداً يملكون دراية معقولة أو تقديراً لما لديهم من استحقاق أو قيمة للذات والشعور بالقبول لدى الآخرين، وهم مرتاحون مع الناس الآخرين وقادرون على التفاعل تلقائياً في المواقف الاجتماعية.

5. **القدرة على تكوين علاقات ودية**: إن الأفراد الأسوياء قادرون على تكوين علاقات تسد وترضي مع الناس الآخرين، وهم حساسون لمشاعر الآخرين ولا يقومون لمطاليات زائدة أو مفرطة من الآخرين لإشباع حاجاتهم، وفي أكثر الأحيان فإن الناس المضطربين نفسياً مهتمون أو متعلقون جداً بحماية أمنهم، لذلك يكونون متمركزين جداً

حول الذات، ويبحثون أو يطلبون المودة لكنهم غير قادرين على المشاركة أو التبادل والأخذ والعطاء وأحياناً يخافون الألفة أو الصداقة لأن علاقات الماضي لديهم كانت قد خربت.

6. **الإنتاجية:** الناس المتوافقون جيداً، قادرون على توجيه قدراتهم لتكون منتجة وفعّالة. وهم حماسيون في الحياة وليسوا بحاجة الى توجيه أو قيادة أنفسهم للحصول على متطلبات الوقت الحاضرة، إذ إن الاحتياج المزمن للقوة وقابلية الاستعداد المفرط للتعب غالباً ما تكون أعراضاً للتوتر النفسي الناتج عن عدم حل المشكلات.

ثالثاً: نظريات الصحة النفسية :

المدرسة العضوية (Organism School):

عدّت هذه المدرسة الاضطرابات النفسية والعقلية ناشئة عن اضطرابات تصيب المخ ويبدو ذلك الرأي واضحاً عند الطبيب الالماني وليم جريسنجر (William Griesinger) (1817- 1868م) في مؤلف له نشر عام 1845. ويعّد إميل كرايبلن (Emil Kraeplin) (1856- 1926) أحد تلاميذ جريسنجر، المؤسس الحقيقي للمدرسة العضوية. وبظهور هذه المدرسة حظي المرض النفسي من العناية ما كان يحظى به المرض العضوي، لاسيما بعد اكتشاف الأسباب العضوية لبعض الاضطرابات النفسية، وعمل التصنيف المبدئي على دفع الأبحاث التجريبية في مجالات التشريح والكيمياء الحيوية وغيرها من العلوم لتقصي الأسباب العضوية في باقي الأمراض النفسية، وهذا التصنيف المبدئي للاضطرابات النفسية وضعه كريبلن واتخذته التصانيف الحديثة أساساً لها وتوالت الدراسات التشريحية في ذهانات الشيخوخة وبعض أنواع التخلف العقلي واحدة بعد أخرى مستغلة معطيات المرحلة الوصفية. وأهتم كريبلن بدراسة

الأعراض السريرية، ولم يعر أهتماماً للحالات النفسية الداخلية، ولم ينتبه الى اللا شعور، وإلى ديناميكية العوامل النفسانية في نشوء المرض العقلي.

المدرسة النفسبيولوجية (Psychobiology):

اهتمت المدرسة النفسبيولوجية بدراسة الفرد من حيث هو كائن حي متكامل ذو نشاط فسيولوجي، أي أنها دراسة بيولوجية نفسية، ومنذ أواخر القرن التاسع عشر استخدم اللفظ بمعانٍ مختلفة، إلا أن أغلب استخدامه أقتصر على مدرسة أدولف ماير (Adolf Meyer). ويمكن وصف المدرسة النفسبيولوجية بأنها مدرسة كلية جامعة وشاملة (Holistic). فقد أكد ماير (Meyer) (1950- 1966) ضرورة دراسة البناء والميول الوراثية وخبرات الحياة وضغوط البيئة جميعاً إذا كانت الغاية أن نتبع أصل اضطراب معين أو فهمه، أي يمكن فهم السلوك فهماً حقيقياً إذا درست الشخصية الكلية والتاريخ الكلي لحياة الفرد. واهتم ماير (Meyer) بالفرد نفسه، وأقام نظريته على وحدة الفرد بوصفه وحدة جسمية عقلية في مجتمع وظروف بيئية، وعلى الربط بين الأوجه النفسية والبيولوجية في تعليل أي عرض جسمي أو نفسي أو عقلي. والمرض عنده هو الاستجابة النفسبيولوجية التي يستجيبها الفرد للظروف الحالية وعلى أساس عاداته في التوافق، وعلى أساس ما تقدم يبدو أن لا فرق لدى ماير بين المرض العقلي أو النفسي أو الجسمي. ولابد من الإشارة الى أن أبرز ما قدمته المدرسة النفسبيولوجية من فائدة للطب النفسي تركز في الأمراض السايكوسوماتية وفي الاهتمام بالإنسان الفرد.

مدرسة التحليل النفسي (Psychoanalysis):

بدأً من فرويد (Freud) الذي تمثل نظريات المقاومة والكبت واللاشعور، وقيمة الحياة الجنسية في تعليل المرض وأهمية الخبرات الطفلية - العناصر الأساسية التي يتكون منها البناء النظري لنظريته. ويقسم فرويد الشخصية الى

ثلاثة مركبات رئيسة هي: Id ، Ego، Super ego ، والـ (Id) مصدر الطاقة الغريزية ومخزن الأفكار والدوافع غير المقبولة، ويتحكم بها مبدأ اللذة، والـ (Ego) هو المركب العقلاني الواعي الذي يتحكم به مبدأ الواقع. و(Super ego) تظهر كوجهة ضرورية لتطوير الـ (ego) وتعكس قبول الطفل لقيم وأخلاقيات المجتمع.

وطبقاً لفرويد، فإن الأمراض العصابية عبارة عن اضطراب يحل بالأنا، فليس من الغريب إذن أن يفشل الأنا حينما يكون ضعيفاً وغير مكتمل النمو وغير قادر على المقاومة في معالجة المشكلات. كما وصف العصابي بوصفه إجتماعياً على نحو مفرط، أي إن ضميره نقدي جداً، ويتوقع الكثير حول الذات والآخرين، ويطور الشخص الكثير من الإجراءات الدفاعية لحماية نفسه من نقاط ضعفه واحباطاته.

وفي تصوره لكيفية نشوء المرض النفسي، يأتي فرويد بمثال بسيط، إذا نشأ دافع ما في نفس المرء ولكن اعترضته ميول قوية يتوقع حدوث الصراع النفسي على النحو الآتي، ذلك أن القوتين الديناميتين - ويمكن أن يطلق عليهما مؤقتاً (الغريزة) و(المقاومة) ستصارع أحدهما الأخرى مدة من الزمن في ضوء الشعور الكامل حتى تنحى الغريزة وتستبعد منها شحنتها من الطاقة، ذلك هو الحل السوي، إلا أن الصراع في العصاب يؤدي الى نتيجة مغايرة، إذ يتقهقر (الأنا) بعد أول صدمة يتلقاها في صراعه مع الدافع المحظور، فيمنع الدافع من أن يصبح شعورياً ويحول بينه وبين الأنصراف الفعلي المباشر، ولكن الدافع يبقى مع ذلك محتفظاً بكامل شحنته من الطاقة، وأطلق فرويد على هذه العملية (الكبت). كما أن ما يكبت لا يفقد بل يستمر في الضغط لمحاولة الإشباع، ويزداد شعور الأنا بالتهديد، فتستدعي الأنا آلياتها الأخرى وهي مجموعة أخرى من الحيل الدفاعية تساعدها في التغلب على محتويات الهو (Id)، وباستمرار هذا الصراع تفتقد الحيل الدفاعية قدرتها على حماية الأنا، فتقع صريعة الاضطراب

النفسي. ويرى فرويد أن الشخصية السليمة لا يمكن أن تتحقق ما لم يتغلب الفرد على التثبيت (Fixation) في الطفولة ويبلغ مرحلة النمو التناسلي الجنسي. كما تتحقق الشخصية السليمة في الحالة التي يكون فيها الـ (Super ego, Ego, Id) في انسجام وتوازن وتعاون ويغدو الحب ممكناً على أسس ناضجة.

والمنظر الآخر هو آدلر (Adler) (1870- 1937)، الذي أسس نظريته للسلوك الإنساني على مشاعر النقص، إذ يرى أن كل الأفراد معرضون للشعور بالنقص سواء كان حقيقياً أم متخيلاً، بدنياً أم عقلياً. ويرى آدلر أن الإحساس بالنقص وليست الجنسية المكبوتة هو الذي يتضمن سوء التكيف ولهذا السبب فإن الأفراد يبحثون عن طرائق لتعويض نقصهم وتتأسس صيغ انجازهم من خلال التكيف المبكر. وبمرور الزمن تصبح هذه النماذج أسلوب حياة الفرد أو السمات المميزة جداً له. وتنتج اضطرابات الشخصية من الإحساس العميق بالنقص والأشكال المبالغ بها للسعي وراء التفوق وربما يطور الشخص التعويضات، والتعويضات المفرطة غير الصحيحة وربما يكون هدفه التوجيهي غير واقعي، وأناني جداً. وعلى هذا فالشخص العصابي أو الشخص الذهاني حسب آدلر، هو الذي يمتلك أسلوب حياة خاطئ كان قد اكتسبه من خلال الاتصال بوالديه اللذين يكونان إما قد رفضوه أو أهملوه أو دللوه خلال طفولته المبكرة.

ويرى آدلر أن العصابي جبان ويتجنب مواجهة متطلبات العيش، ويقتنع بأن معاناته والصعوبات التي يواجهها هي أكبر من معاناة أي شخص آخر، ولهذا السبب يضع نفسه جانباً كونه شيئاً ما خاصاً وإستثنائياً. ومن الناحية الجوهرية فإن العصابي شبيه بالطفل النامي، ولا تتطور عنده العواطف الاجتماعية جداً، إذ أن العصابي غير حساس لحاجات ومشاعر الآخرين، ويؤذي الناس دائماً من دون إدراك أنه قام بذلك. ويرى آدلر أن الأفراد الذين يعانون إضطراباً في صحتهم النفسية تكون أهدافهم لا شعورية، ولا يعرفون البدائل المتاحة أمامهم عندما يواجهون مواقف الحياة المختلفة، كما أن القلق وهو مظهر من مظاهر اضطراب

الصحة النفسية ينشأ بسبب انعدام الأمن النفسي الذي يحدثه نتيجة لشعور الفرد بالقصور أو النقص.

أما يونج (Jung) (1961- 1875) فيرى بأن التاريخ والأساطير والطقوس البدائية والرموز تؤدي دوراً في نظريته للطبيعة البشرية. وميّز بين نوعين من اللاشعور: لا شعور شخصي وهو مماثل للا شعور في نظرية فرويد، ولاشعور جمعي (Collective Unconscious) يحوي التجارب والأفكار الموروثة من الأجيال السابقة، ويمثل طرائق التفكير البدائي للعقل البشري. ويتحدث يونج عن الشذوذ بطرائق عدة فهو يقبل بصورة عامة فكرة الشذوذ بوصفه افراطاً أو نقصاً في الوظيفة. ولكنه يهتم أيضاً بعدم التوازن بين عناصر مختلفة للشخصية، ويصر بأنه ولا واحدة من أنظمة الشخصية يمكن تأكيدها بإفراط على حساب الأنظمة الأخرى. وينبغي ملاحظة أن الشذوذ الذي أهتم به يونج تماماً هو قلة الوحدة والتكامل في الشخصية.

إن الأمراض العصابية (طبقاً ليونج) عبارة عن محاولات غير ناجحة للتكيف مع الواقع، ونسب الى الذكريات المكبوتة في اللاشعور دوراً مهماً في تكوين العصاب، إلا أنه يرى أنها ليست متصلة بالرغبات الجنسية الطفلية، بل تتعلق بجميع مشاكل الإنسان التي لم تحل. ويرى يونج بأنه إذا ضعف الشعور نتيجة العقد والصراعات وعدم التوافق وفقد جزء من الطاقة (Ego) نحو مراحل بدائية وتسربت طاقة اللاشعور عبر ثغرات الشعور فأن ذلك يكوّن مظاهر العصاب. أما في الحالات الشديدة التي يتدفق فيها اللاشعور الى الشعور فيكوّن الذهان، الذي تبدو فيه الكثير من محتويات اللاشعور.

وتستلزم الشخصية السليمة (حسب يونج) كفاحاً لا نهاية له لكي يتخطى الفرد تنشئته، آي تدريبه لكي يغدو مواطناً، ولكن يكتشف قدراته الأدائية المكبوتة ويعبر عنها؛ وينشأ توحد قدرات التفكير والشعور والحدس والجسم عن طريق الالتزام بأهداف جديدة للوجود.

الفرويدية الجديدة (New Freudions):

إن من بين منظري الفرويدية الجديدة عالمة النفس هورني (Horney) (1953- 1882) التي ترى أن المبدأ الذي يقرر سلوك الإنسان هو حاجة الإنسان الى الأمن والاطمئنان، فمنذ الطفولة إذا ما اضطربت علاقة الطفل بوالديه، فإن الطفل ينمو وهو يشعر بأن العالم مكان خطر وإيذاء له، وتسمي هورني هذا الشعور بـ(القلق الأساسي). ووصفت القلق الأساسي بالشعور باليأس تماماً وكذلك بالوحدة عند مواجهة مشكلة خطيرة. وبسبب هذا الشعور المرضي (القلق الأساسي)، فإن الفرد يصبح مريضاً نفسياً، ويلجأ الى طرائق عدة لحماية نفسه من وطأة القلق وتصبح هذه الطرائق في حد ذاتها حاجات نفسية مرضية. واهتمت هورني بالعصابية على نحو كبير واعتقدت بأن لكل شخص قوى بنائية وتدميرية في شخصيته ولكن تسود القوى التدميرية في العصابي. وتركز فكرتها عن العصابية على معالجة الحاجات والصراعات العصابية، وأكدت هورني بأن الحاجة تكون عصابية إذا شملت أربع خصائص هي:

1. إذا كانت إجبارية.
2. إذا كان مبالغاً بها.
3. إذا كانت عامة جداً.
4. إذا لم تكن قابلة للإشباع.

كما ترى هورني أن هناك ثلاثة خطوط رئيسة يمكن للفرد التحرك وفقها، وهي (التحرك نحو الآخرين) و(التحرك ضد الآخرين) و(الأبتعاد عن الآخرين). وأوضحت هورني أن الشخص العصابي تكون أحدى هذه النزعات هي المسيطرة عليه وتبقى النزعتان الأخريان بدرجة أقل، فكل تحرك للفرد العصابي يكون قائماً على واحد من العوامل المكونة للقلق الأساسي: التحرك نحو الآخرين بسبب الضعف والعجز، والتحرك بعيداً عن الآخرين من خلال العزلة، والتحرك ضد الآخرين بفعل العداء، كما ترى أن التعارض أو التضاد بين هذه

النزعات الثلاث هو الصراع الذي يشكل جوهر الذهان. على هذا فالشخص السليم في نظر هورني، لا يخص نفسه بواحدة من الحلول الثلاثة (سابقة الذكر)، إذ يمكنه أن ينتقل من اتجاه الى آخر تبعاً لما يناسب ذلك من سلوك، أي بمعنى أنه يمتلك مرونة الانتقال من أسلوب الى آخر وبحسب ما تستدعيه الظروف.

أما المنظر الآخر في الفرويدية الجديدة، فهو أريك فروم (Erich Fromm) الذي دافع بقوة عن ضرورة النظر الى الإنسان في سياق المعطيات الأنثربولوجية والفلسفة الاجتماعية، أي أن للمثل العليا الدينية والإنسانية أهمية في فهم مرض الإنسان بمقدار ما لإشباع الحاجة الى الحب والمطالب العضوية من أهمية. وركز فروم على نقطة أساسية هي حاجة الإنسان لأن يجد معنى في وحدته وفردية حياته. كما حاول فروم أكثر من غيره أن يفهم التفاعلات القائمة بين القوى النفسية الفردية في الفرد وبين المجتمع الخاص الذي يعيش فيه. ويرى فروم أن ضعف الإحساس بالأمن هو أمر لابد منه، ومن ثم فإن الإنسان لا يستطيع التمتع بالصحة النفسية بشكل تام، لأن التدرج في مراحل النمو وتحقيق الاستقلالية يكون على حساب الشعور بالأمن النفسي، وأن التغيير والحركة والتعقيد في المجتمع تؤدي الى خسارة أو فقد العلاقات الآمنة مع الجماعات الأولية ومع الطبيعة نفسها، وهذا يؤدي الى شعور الإنسان بالوحدة والعزلة، والمجتمع (طبقاً لفروم) لا يقدم الوسائل الكفيلة لتحقيق هذه الحاجات، لذلك لا يستطيع الإنسان أن يصل إلا إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية. وعلى هذا فقد فسر فروم الأمراض النفسية بأنها تعبير عن الصراع الأساسي القائم بين طلب الانسان وسعيه المشروع للتمتع بالحرية وتحقيق الذات والسعادة والاستقلال، وبين النظم المختلفة والقائمة في مجتمعه التي تعارض وتحبط أو تفشل هذا السعي وتحقيقه.

المدرسة السلوكية (Behaviorism):

تعّد هذه المدرسة التعلم هو المحور الرئيس، وأن السلوك المرضي يمكن اكتسابه ويمكن التخلص منه كما هو الحال في السلوك العادي. فالعملية الرئيسة في كلتا الحالتين، هي عملية تعلم، إذ تتكون الارتباطات بين مثيرات واستجابات. ويرى السلوكيون بأن المرض النفسي إنما هو سلوك متعلم (Learned Behavior)، ومع مرور الزمن تتحول العادات السلوكية الى التزامات يتمسك بها الفرد بوصفها أنماطاً مرضية منذ الطفولة. ويكون تعلم الأعراض التي تظهر في سلوك العصابي من البيئة، ومن مراحل نموه، ولاسيما مرحلة الطفولة. وبهذا فأن المنحى السلوكي ينظر الى الأمراض النفسية بأنها عادات غير توافقية. ولذلك فأن الخلل العقلي ينظر إليه بأنه سلوك خارجي وليس صراعاً داخلياً. كما أن المحاولات التي تبذل لتفسير السلوك الشاذ تركز لذلك على أنواع الثواب والعقاب الظاهرة التي تتحكم بسلوك المريض، لا على حالات داخلية لا يمكن ملاحظتها.

ويرى بافلوف (Pavlov) أن الأمراض النفسية نتيجة لاضطراب في عملية التدريب في الصغر، مما يعطي الدماغ حالة مزمنة من الاضطراب الوظيفي في العمل. ويضع بافلوف قاعدة الخطأ في التفاعلات الشرطية التي تسبب اضطراب الصحة النفسية ونشوء العصاب في القشرة الدماغية. ويرى بافلوف بأنه إذا كان التآزر بين نشاط الأنظمة الثلاثة (نظام الأفعال المنعكسة غير الشرطية، النظام الإيشاري الأول، النظام الإيشاري الثاني) هو أساس الصحة النفسية أو النشاط العصبي السوي، فهذا التآزر هو نتيجة للتوازن بين عمليات النشاط العصبي، أي إن التوازن أساساً بين عمليتي الاستثارة والكف.

ويرى بافلوف أن الأمراض العصابية والذهانية ما هي إلا عادات خاطئة تكونت تدريجياً من سلاسل معينة من الأفعال المنعكسة الشرطية وأنه لعلاج

هذه العادات الشاذة يجب إطفاء هذه الأفعال الشرطية المرضية وتكوين أفعال شرطية جديدة تحل محل العادات الخاطئة.

أما سكنر (Skinner)، فيعتقد ان المظاهر السلوكية التي توصف بأنها مريضة أو شاذة تكون من مبادئ التعلم الشرطي الإجرائي مثل كل أنواع السلوك الأخرى. وينظر سكنر الى الأعصبة النفسية (Neuroses) أنها استجابات متعلمة للمنبهات البيئية المؤلمة والمزعجة التي يتعرض لها الإنسان، فتسبب حالة من انعدام الأمن النفسي(Insecurity). ويستثار القلق الذي يولّد بدوره قلقاً أشد هو القلق العصابي (Neurotic Anxiety). ويرى أن الأعراض العصابية تنشأ بسبب الاضطرابات في عمليتي الاستثارة (Arousal) والكف (Inhibition) للنظام العصبي المركزي، وهو الرأي نفسه الذي قدمه بافلوف سابقاً.

وعموماً فالشخصية السليمة من وجهة نظر السلوكيين تتطلب الكفاية والسيطرة على الذات والقدرة على قمع التصرفات التي لم تعَد تقود للمعززات الايجابية. وتعلم التصرفات الفاعلة في بلوغ الإشباع الجيد، ويتحقق مثل هذا التكيف إذا استطاع الفرد أن يكتشف الشروط أو القوانين الكامنة في الطبيعة أو المجتمع والتي يستطيع الفرد بموجبها سد احتياجاته وتجنب المخاطر.

المدرسة الإنسانية (Humanistic) :

المدرسة الإنسانية منظوراً ظاهراتياً (Phenomenological) يعتمد على الفلسفة الظاهراتية لـ(هوسيرل Husserl) (1970 - 1900) التي تهدف الى معرفة ووصف السمات الأساسية للكائن البشري في العالم. وقد عدّ جاسبر (Jaspers 1923) الظاهراتية بوصفها فرعاً مهتماً بالمرض النفسي، إنها عالم المريض الداخلي أي الاهتمام بالأعراض لا بالعلامات، وأن هذا العالم غير قابل للوصول الى الملاحظة المباشرة ويمكن فهمه من خلال تقرير المريض، لأن الأوصاف الذاتية العفوية للمريض غير محرفة بالشك.

وترى المدرسة الإنسانية أن الإنسان هو مركز الوجود وهو صاحب الإرادة الحرة ومسؤول عن أفعاله وسلوكه وليس مفعولاً أو مسيراً متأثراً بقوى خارجة عن أرادته، فهو الفاعل الإيجابي الذي يتحكم بمصيره.

وبدءاً من ماسلو (Maslow) الذي نظر الى الإنسان نظرة إيجابية بوصفه قادراً على التقدم من مرحلة الى أخرى في تطوره الاجتماعي، وإن هذا التقدم لا يحدث بسبب المتطلبات التي يفرضها البناء المعاييري للمجتمع، ولكنها بالأحرى بسبب الخصائص الإنسانية الفطرية. وأعتقد ماسلو بأن حالات الشذوذ تنتج عن إحباط الحاجة الأساسية، وحتى التطور الخطأ ناتج بصورة عامة من إعاقة الحاجات الأساسية. وإن إحباط الحاجة هو عامل رئيس في نمو الشخصية الخطأ وسبباً اساسياً لحالات الشذوذ في كل الحياة. ويرى ماسلو أن العصابيين هم اولئك الذين حُرِموا أو حَرَموا أنفسهم من الوصول الى إشباع أو أكفاء حاجاتهم الأساسية، وهذه الحقيقة تمنع الفرد من التقدم نحو الهدف النهائي المتمثل بتحقيق الذات، ويرى أن الأشخاص العصابيين هم أولئك الذين يشعرون بالتهديد وانعدام الأمن والاحترام القليل للذات.

إن ما ينبه له ماسلو هو وجود علاقة بين تصرفات الشخصية السليمة، وما أطلق عليه السلوك الوسيلي (Instrumental Behavior) الذي هو السلوك الشخصي والاجتماعي المقبول، والخاضع لضبط الشخص التلقائي، والفرق كبير بين السلوك الوسيلي والسلوك غير المنظم، وعلى هذا فالشخصية السليمة تتصرف بشكل وسيلي (غرضي) لكي تحصل على الأشياء التي تشبع حاجاتها المختلفة. ويحدد ماسلو صفات الشخص المحقق لذاته: إذ يرى أنه يرضي رغباته في البحث عن المتع الجمالية كالنظام والتماثل والجمال، ويتناغم مع معنى سر حياته ويتقبل ذاته والآخرين وحقائق الوجود، وتبهجه خبرات الحياة، ويكون هذا الشخص تلقائياً وخلاقاً وله روح الدعابة ، ويكون قد حقق معظم قدراته ، وأصبح قادراً تماماً أن يكون.

أما روجرز (C. Rogers) وهو من أبرز منظري هذه المدرسة، فإنه يؤكد الخبرة الواعية للأفراد ووعيهم الذاتي لأنفسهم والعالم من حولهم، وإن الفرد يرد الفعل للعالم كما يتصوره. وتقرر هذه الإدراكات استجابته للأحداث والآخرين، وإذا أبقى الأفراد أنفسهم مفتوحين لعالم الخبرة، يكونون قد أسسوا الشرط الأساس الضروري للنمو والنضج وتحقيق إمكانياته. ويرى روجرز أن الشذوذ هو نتيجة للمفهوم الذاتي الخاطئ تماماً، ويتطور هذا المفهوم الذاتي من خلال خبرات الحياة الخاطئة. والشكل الشائع للشخصية الشاذة هو الشخص الذي يندفع بكل حالات يجب وينبغي جاعلاً مشاعره ورغباته الخاصة تحت السيطرة الدائمة أو حتى عدم الشعور بها، وأن هؤلاء الناس لا يشعرون بالراحة الداخلية لأنهم يحتذون دائماً بالمعايير السطحية التي قبلوها بوصفها قيماً خاصة لهم. ويلاحظ في كل هذه الحالات أن الاضطراب الرئيسي الكامن وراء كل هذه الأعراض هو مفهوم الذات المزيفة.

ويرى روجرز أن الأفراد العصابيين والذهانيين هم أولئك الذين ينقصهم التطابق بين مفهومهم لذواتهم وخبراتهم، إذ يؤدي عدم التطابق هذا الى شعور الفرد بأنه مهدد فيندفع مستعيناً بميكانزمات دفاعية متسقة مع تفكيره الذي يتميز بالتزمت والصرامة. ويضطر مثل هذا الفرد الى تشويه خبراته من أجل حماية ذاته وليحصل على احترام إيجابي من الآخرين. ويرى روجرز أن هناك اتصالاً وثيقاً بين مفهوم تقبل الذات وتحقيقها وبين الصحة النفسية، ويؤكد الحرية الشخصية كونها عنصراً أساساً في تكوين الشخصية السليمة.

المدرسة الوجودية (Existentialism) :

ظهرت بوادر الوجودية بوصفها إتجاهاً فكرياً في فلسفات قديمة، ولكنها تبلورت وبرزت فلسفة أو نزعة واضحة المعالم على يد الفيلسوف الدانماركي كيركجارد (Soren Kierkgard) (1813- 1855) في القرن التاسع عشر، وتلتقي الفلسفات الوجودية في نقاط رئيسة، أهمها: إعطاء الوجود السبق على

الماهية، أما من حيث المنهج فقد تأثرت الفلسفة الوجودية بفلسفة الظاهراتية. وترى المدرسة الوجودية أن أساس فهم نفسية الفرد هو تجربته الشخصية، ولذلك فهي تعطي أهمية كبيرة للغة تعبير الفرد عن هذه التجربة. وتفسر المرض النفسي بأنه ظاهرة وجودية وليس مرضاً حقيقياً، وأن من يتعثر في أداء دوره أو في تعامل وجوده مع وجود الآخرين، فإنه يعاني من (قلق) وجودي ناشئ عن شعور بعدم جدوى أو بفراغ وتفاهة الوجود في العالم، وعلى هذا فأن محور المرض النفسي هو تعبير عن قلق وجودي.

ويرى فرانكل (Frankle) أن ما يحتاج إليه الإنسان حقيقة، ليس هو إستعادة الاتزان (Homeostasis)، بل ما يسميه بالديناميات الراقية؛ أي ذلك النوع من التوتر الملائم الذي يحتفظ بالفرد موجهاً بثبات نحو تحقيق قيم محددة، نحو إقرار معنى لوجوده الشخصي، وهذا أيضاً ما يضمن ويحفظ صحته النفسية، إذ إن الهروب من أي موقف ضاغط سوف يؤدي الى وقوعه في الفراغ الوجودي.

ويرى الوجوديون الصحة النفسية في خلق حالة من الاتزان بين الأشكال الثلاثة للوجود: الوجود المحيط بالفرد، والوجود الخاص بالفرد، والوجود المشارك في العالم، لأن العصابي طبقاً لـ(مي May) هو المنشغل بالوجود المحيط به بشكل مفرط ومهمل في الوقت نفسه لوجوده الخاص بشكل مفرط. ويرى ماور وساز أن هناك علاقة وثيقة بين الصحة النفسية والعيش في سبيل التزامات أخلاقية. كما تبدو على الشخصية السليمة شجاعة الوجود ويعني هذا التعبير أن يعرف الشخص مشاعره ومعتقداته وأن يبديها ويتحمل النتائج التي تترتب على مثل هذه.

نظرية التعلم الاجتماعي (Social Learning Theory) :

إن نظرية التعلم الإجتماعي لجوليان بي. روتر (Jullian B. Rotter) نشأت من التقاليد الواسعة لكل من نظرية التعلم ونظرية الشخصية، وهي تحدث تكاملاً بين ثلاثة اتجاهات تأريخية واسعة في علم النفس هي: السلوك، والمعرفة،

والدافعية. وينظر روتر الى المرض النفسي نظرته إلى أي عملية تعلمية أخرى. وان مشاكل الأفراد غير المتكيفين لا تنشأ أصلاً في رؤوسهم، بل من علاقاتهم مع الأفراد الآخرين، وهم غير راضين عن أنفسهم، ويتصرفون بطرائق تعجل في صدور استجابات عقابية من المجتمع. ويتصرفون في الغالب بمستوى واطئ من حرية الحركة. أما الأفراد المتكيفون فهم اولئك الذين يحققون خبرات الرضا أو الإشباع الناتجة من أدائهم لأنشطة سلوكية يقوّمها المجتمع على أنها أنشطة بناءّة.

أما دولارد وميللر (Dollard & Miller) ، فقد أوضحا (1950) بأن أنواع العصاب يكون تعلمها بالصورة نفسها التي يكون بها اكتساب أنواع السلوك السوي. والواقع أن كل الأدلة المتصلة بالتعلم تشير الى أن السلوك، حتى في حالة كونه نوعاً من العرض الذي يسبب الضيق لصاحبه، فأنه يتقوى ما دام التدعيم قائماً، وفي كثير من حالات العصاب لا يزيد التدعيم في جوهره عن خفض القلق أو المخاوف عن الصراع، كما أن الحلول العصابية تبقى وتدوم ما دام التدعيم قائماً ومستمراً.

وأشار باندورا (Bandura 1968)، إلى أن القلق النفسي والسلوك الدفاعي هما نتيجة خبرات مؤذية، ولهذا فإن التوقعات وعدم القدرة على إدراك ومسايرة الأحداث يقودان الى القلق والسلوك الدفاعي، وأن هناك أمرين يؤديان الى نشوء الأمراض النفسية هما الاختلال الوظيفي في تثمين الذات وتقديرها، والاختلال الوظيفي في التوقعات.

المدرسة المعرفية (Cognitive) :

تقوم المدرسة المعرفية على الفكرة القائلة بأن ما يفكر فيه الناس وما يقولونه عن أنفسهم وكذلك اتجاهاتهم وآراؤهم ومثلهم إنما هي أمور مهمة وذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح والمريض. ويرى أليس (Ellis) أن التفكير والانفعال الإنسانيين ليسا بعمليتين متباينتين أو مختلفتين وإنما يتداخلان بصورة

ذات دلالة، ويرى أن المعرفة والعاطفة يرتبطان على نحو وثيق جداً وأن السيطرة على أفكار الفرد هو توفير السيطرة على عواطفه.

إن المبادئ التي يستند إليها (أليس) ليست بالجديدة وتعود الى عدة آلاف من السنين، فقد قال أبيكتيتاس (Epictetus) في القرن الأول الميلادي "إن ما يصيب الناس بالاضطراب ليس الاشياء ذاتها، وإنما نظرتهم الى هذه الأشياء". وأستند (أليس) في نظريته الى افتراض رئيس هو أن الاضطرابات النفسية إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني. والتفكير غير العقلاني أو الأفكار اللاعقلانية هي الأفكار التي تتضمن جوانب غير منطقية وترجع نشأتها الى التعليم الذي يتلقاه الطفل من والديه ومن البيئة الثقافية التي يعيش.

ويعتقد (أليس) بأن المشاعر السلبية لا تحصل أو لا توجد من تلقاء نفسها ولكن لدينا الخيار الفعّال في المجيء بها أو عدم المجيء بها الى أنفسنا. كما يشير (أليس) الى السيطرة الداخلية، التي لا تعني هنا أن الناس يختارون بأنفسهم الانغماس في اضطراب أو تشوش أنفسهم من خلال اعتقادتهم، بل أنهم لا يخبرون الأفكار والمشاعر والسلوكيات بشكل خالص أو متباعد، وبدلاً من ذلك فإن معرفتهم تؤثر في مشاعرهم وسلوكهم، ومشاعرهم تؤثر في تفكيرهم وسلوكهم، وسلوكهم يؤثر في تفكيرهم ومشاعرهم.

ويرى (أليس) بأن الخبرات المبكرة الخاطئة أو العصابية أو غير المنطقية تستمر ولا تنطفئ على الرغم من عدم تعزيزها من الخارج لأن الأفراد يعززون هذه الخبرات المتعلمة بتكرار تلقينها داخلياً لأنفسهم حتى تصبح فلسفة لهم ونظرة خاصة بهم. وتتلخص وجهة نظر (أليس) في الصحة النفسية في عشرة أهداف تمثل باجتماعها خصائص الصحة النفسية هي:

1. **الاهتمام بالذات (Self-Interect)**: أن يهتم الفرد بنفسه أولاً ولكن من دون أنانية.

2. **التوجه الذاتي (Self - Direction)**: إن على الإنسان أن يتحمل المسؤولية الشخصية ويعمل بكفاءة.
3. **التحمل (Tolerance)**: إن على الإنسان أن يتحمل أخطاء الآخرين.
4. **تقبل عدم اليقين (Acceptance of Uncertainity)**: إن على الإنسان أن يتقبل حقيقة أنه يعيش في عالم من الاحتمالات.
5. **المرونة (Flexibility)**: إن الإنسان العادي يتصف بمرونة التفكير، وهو يتقبل التغيير.
6. **التفكير العلمي (Scientific Thinking)**: إن الإنسان العادي يتصف بكونه موضوعياً وعلمياً ومنطقياً.
7. **الالتزام (Commitment)**: إن الناس العاديين يهتمون وينشغلون بأشياء مختلفة خارج نطاق الجسم.
8. **روح المغامرة (Risk Taking)**: إن الإنسان العادي يتمتع بقدر من روح المغامرة.
9. **تقبل الذات (Self- Acceptance)** : إن الإنسان العادي قانع بحياته ، راضٍ عن نفسه.
10. **اللا مثالية (Non-Utopianism)**: إننا جميعاً نواجه الإحباط او نشعر بالأسف أو الندم، فهذه هي طبيعة الحياة.

أما آرون بيك (Aaron Beck) فإنه يرى أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة وتلقائية للمثير الخارجي، وإنما يكون هناك تحليل للمثيرات وتفسير لها من خلال النظام المعرفي (العقلي) الداخلي، وقد ينتج عن عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية وجود الاضطرابات النفسية. وأن ردود الفعل التي يستجيب بها الناس لكثير من المواقف تكون متسقة مما يوحي بأن هذه الاستجابات توجهها مجموعة من القواعد.

ويرى بيك (Beck) أن الاستجابة العصابية الحادة قد أطلق عليها اصطلاح "رد فعل المحنة" إذ يكون الفرد مثقلاً بالقلق أو الحزن أو الهياج ويكون عليه أن يناضل للمحافظة على ضبط التركيز والانتباه. ومن الناحية المعرفية فإن استجابة العصاب تتصف بالوعي المكثف بالذات. والتفسير الخاطئ للمثيرات غير الضارة بأنها تمثل خطراً كبيراً، وكذلك الانتباه للأفكار والمشاعر غير. ومثالاً لتفسير الاضطرابات النفسية، وليكن الاكتئاب، يرى (بيك) أن المريض يحس بأنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته ويتوقع من أي مشروع مهم نتائج سلبية، ويرى نفسه مفتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن، وبالإمكان صياغة هذه الفكرة فيما يسمى (الثلاثي المعرفي The Cognitive Third) تصور سلبي للذات، تفسير سلبي لخبرات الحياة، نظرة عدمية للمستقبل. والشخص المكتئب ربما لديه زيادة وتعميم عن الحوادث الثانوية والتفكير بأنه عديم الأهمية (لا قيمة له)، كما أن الناس المكتئبين يلومون أنفسهم أكثر مما ينبغي أو أكثر مما هو مبرر. وإذا امكن دفع انتباه الفرد لما يفكر فيه عندما يخبر (يمر) أو يشعر بأي عاطفة، فإن الفرد سوف يرى بأن أفكاره تكون مرتبطة بما يشعر به، إذ إن الأفكار السلبية تكون مرتبطة بالمشاعر السلبية مثل الحزن، خيبة الأمل، والقلق تماماً كالأفكار الايجابية التي تكون مرتبطة بالمشاعر الايجابية مثل الفرح والأبتهاج.

رابعاً: مناقشة نظريات الصحة النفسية :

من المعروف أن لعلم النفس مدارس ونظريات كثيرة يلقي كل منها ضوءاً معيناً على الإنسان وتنظر إليه من زاوية معينة وهذا راجع الى موقفها النظري وأساسها الفلسفي. وعلى الرغم من أن المدارس الرئيسة تتمتع كل منها بأسس نظرية معينة وأرضية فلسفية معينة، تختلف عن المدارس والنظريات الأخرى، إلا إنها مع ذلك تلتقي وتتقارب في آراء ووجهات نظر معينة، وربما يركز عدد من

النظريات في ناحية معينة، إلا أن لكل منها سببه وطريقته في النظر لهذه الناحية. ويمكن تلخيص مناقشة النظريات في النقاط الآتية:

1. أهمل عدد من النظريات الحالات الداخلية النفسية بوصفها سبباً للمرض النفسي، مثل المدرسة العضوية والمدرسة النفسيبيولوجية والمدرسة السلوكية، في حين ركزت المدارس والنظريات الأخرى على الحالات الداخلية النفسية، مثل مدرسة التحليل النفسي والإنسانية والوجودية والمعرفية.
2. يرى عدد من النظريات أن الإنسان سلبي وأن الأمراض النفسية حتمية أو شبه حتمية، ولا يستطيع الإنسان تفاديها، مثل نظرية فرويد والنظرية السلوكية، وعدد آخر نظر الى تحقيق الصحة النفسية بدرجة من التشاؤم، لأنها لا تتحقق إلا بتحقيق جزئي، مثل نظرية فروم وهورني. أما العدد الآخر فقد كان متفائلاً بخصوص تحقيق الصحة النفسية مثل يونج والإنسانيين والوجوديين والتعلم الإجتماعي والمعرفيين.
3. لم يكن عدد كبير من النظريات شمولياً، فقد حدد عوامل معينة على أنها سبباً للمرض النفسي، مثل المدرسة العضوية، وفرويد، وآدلر ويونج وهورني وفروم والإنسانيين والسلوكيين والوجوديين والتعلم الإجتماعي والمعرفيين. في حين كان هناك عدد قليل من المدارس أو النظريات تتبع النظرة الشمولية ومنها المدرسة النفسيبيولوجية.
4. ركزت بعض النظريات على البعد الإجتماعي، مثل الفرويدية الجديدة (هورني وفروم)، وكذلك نظرية التعلم الإجتماعي، في حين لم تتطرق النظريات الأخرى الى البعد الإجتماعي باستثناء آدلر الذي أعطاه أهمية وإن لم يكن بالقدر نفسه الذي أعطته الفرويدية الجديدة.

5. هناك مَنْ أكد التوازن مثل فرويد ويونج وبافلوف وسكنر والوجوديون باستثناء فرانكل وكل على طريقته أو حسب منظوره، اما النظريات الأخرى فلم تتطرق الى آي نوع من التوازن، وعلى الرغم من أن فرانكل وجودي إلا أنه شذ عن الوجوديين في رفضه للتوازن واهتمامه بالديناميات الراقية.
6. اكدت بعض النظريات أثر الطفولة، مثل فرويد (مراحل النمو التناسلي والجنسي والتثبيت) وأدلر (أسلوب الحياة الخاطئ المكتسب في الطفولة من خلال الاتصال بالوالدين) وهورني (القلق الأساسي الذي ينشأ من خلال اضطراب علاقة الطفل بالوالديه) والسلوكيين والمعرفيين، وبالمقابل لم تركز النظريات الأخرى على مسألة الطفولة وأثرها في الاضطرابات النفسية، وكأنها تريد أن تقول إن الحاضر أهم من الماضي. وينبغي الإشارة الى أن هناك نظريات لمحت للماضي ولم تشر صراحة الى الطفولة.
7. أختلف كل من آدلر ويونج وهورني وفروم مع فرويد في أن الجنسية المكبوتة هي التي تتضمن سوء التكيف. كما لم تتطرق أي من النظريات والمدارس الأخرى الى موضوع الجنس في الاضطرابات النفسية ولا حتى تنوه إليه، وبقي سمة من السمات الرئيسة في نظرية فرويد التي يبدو فيها التطرف واضحاً.
8. اتفق الإنسانيون والوجوديون مع فروم في تأكيده الحرية الشخصية بوصفها عنصراً أساسياً في تكوين الشخصية السليمة، واقتسمت الوجودية مع فروم التركيز على محاولات الإنسان لأن يجعل معنى لوجوده.
9. أقترب روتر من الإنسانيين بتركيزه على إشباع الحاجات، في حين أقترب باندورا من المعرفيين في تأكيده التوقعات والإدراك غير المناسب في مسايرة الأحداث.

10. كانت هورني في طرحها للقوى البنائية والقوى التدميرية تحاكي فرويد في طرحه لغريزة الحياة وغريزة الموت، وأتفقت هورني مع فروم في تأكيده الحاجة للأمن والبعد الإجتماعي واتفقا (هورني وفروم) مع الإنسانيين في اهتمامهم بالحاجة الى الأمن.
11. اتفق روجرز مع المعرفيين على إن إدراك الأفراد للأحداث هو المهم وليس الأحداث نفسها.
12. أتفق فروم مع يونج في اهتمامه بالمعطيات الأنثروبولوجية والفلسفة الاجتماعية والمثل العليا الدينية والإنسانية، وإن كان ليس بالطريقة نفسها، ولكن في الأقل هناك عنصران مشتركان هما التاريخ والدين.
13. إن تأكيد بافلوف وسكنر عمليتي الاستثارة والكف للنظام العصبي، يقربهما من المدرستين التفسيولوجية والعضوية لتأكيدهما العوامل العضوية والبايولوجية.
14. يبدو أن أكثر النظريات التي تعاملت أو نظرت الى الإنسان بمنظور إنساني راقٍ هي الإنسانية والوجودية، فلم تتصوره سلبي كما في التحليل النفسي، ولم تتعامل مع الإنسان بميكانيكية وشبهته بالآلة كما في السلوكية. ولم تجعله صغيراً بين عملاقين هما التعلم والمجتمع، كما فعل التعلم الاجتماعي، ولم تكن صارمة جداً معه كما فعلت المعرفية من خلال تعاملها مع تفكيره.
15. إن أكثر مَنْ أكد القلق كونه خط شروع للأضطرابات النفسية هم فرويد وآدلر وهورني، أما النظريات الأخرى فإنها أشارت إليه تنويهياً أو غفلت عنه، أو أشارت الى نوع آخر كما في الوجودية التي أشارت الى القلق الوجودي، إذ إنها لا ترى تحقيق الصحة النفسية في غياب القلق الذي يقصده فرويد وآدلر وهورني.

16. لم يخلو رأي فروم والإنسانيين وسكنر (قليلاً) من وضع جزء من أسباب الاضطرابات النفسية على المجتمع وعلى البيئة الاجتماعية والمادية بتوفيرها أو عدم توفيرها للعوامل التي تساعد في تحسين الصحة النفسية للأفراد. أما النظريات الأخرى فقد وضعت اللوم تماماً على الانسان وكأنه يعيش في جزيرة نائية وحيداً، أو كأن كل ما يريده من المجتمع هو في متناول يده وهذا خلاف الحقيقة.

17. ركز عدد من النظريات على الجانب المعرفي في الإنسان، مثل السلوكية والتعلم الاجتماعي والمعرفية؛ في حين ركزت نظريات أخرى على الجانب الغريزي أو الفطري في الإنسان، مثل التحليل النفسي والإنسانية.

خامساً: أسباب اختيار المنظور التكاملي

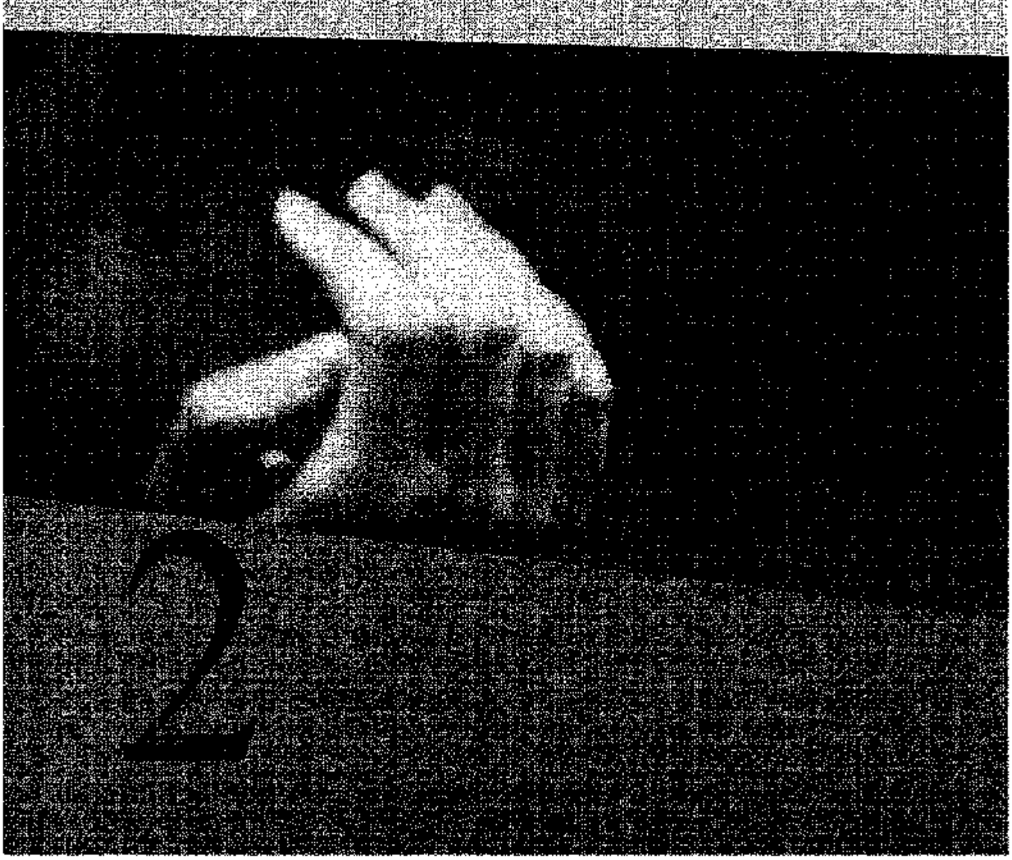
يبدو من متابعة الأدبيات والدراسات السابقة أنه لا توجد نظريات خاصة بالصحة النفسية إذ كانت موضوعاً لتناول معظم نظريات الشخصية ونظريات تفسير السلوك، وقد يعود ذلك إلى أن موضوع الصحة النفسية لاقى اهتمام علماء النفس والطب النفسي جميعهم، فضلاً عن العلوم الإنسانية الأخرى، وأنه حظي باهتمام العلماء والأطباء منذ القدم.

كما أن موضوع الصحة النفسية لا يعود الى مجال واحد من مجالات المعرفة، وهو أيضاً ليس ملزماً بقبول نظرية معينة أو فلسفة محددة أو إقرار نتائج دراسات أي مجال من المجالات (حصراً) ولما كانت الصحة النفسية تعنى في الأساس بوقاية الفرد أو إعادته الى صوابه، فهي والحالة هذه تنتزع بحرية تامة ما يعود عليها بالنفع والفائدة من حقول المعرفة المختلفة، وفي الدرجة الأولى تلك المبادئ والمعارف والخبرات التي تساعدها في المضي لتحقيق أهدافها. ويؤكد كثير من العلماء والباحثين أن الاضطرابات النفسية هي في الواقع نتيجة لأسلوب الحياة غير السوي وغير السليم، ويفسرون الاضطرابات الذهانية (Psychosis)

والاضطرابات العصابية (Neurosis) بأنها ظواهر لسوء التكيف في أوجه شخصية الفرد بمجموعها. ويجب الأخذ بالحسبان، عند القيام بالمعالجة، الأسباب المختلفة كافة التي تشمل العوامل الوراثية والحالة الاجتماعية والاقتصادية والجسمية والانفعالية، والتي أدت الى تردي الصحة النفسية.

وبناءً على ما تقدم فقد تعددت الدراسات وتنوعت بتنوع مشارب القائمين عليها، وعرفت السنوات الأخيرة تجارب ودراسات توجهها مختلف النظريات التفسيرية العضوية والنفسية والاجتماعية، الأمر الذي أوضح دور كل عامل وأثره في إحداث المرض النفسي. ولم يعد بإمكان بعض الباحثين أن يبقوا امناء لمشرب فلسفي يعجز عن تفسير كل أنواع الاضطرابات النفسية، وذلك بإغماض أعينهم عن الدليل الواضح الذي تقدمه النظرية المناوئة أو التي لها موقف آخر. فقام نتيجة لذلك، ما يسمى بالنزعة الشمولية التي تعطي كلاً من العوامل السابقة الأثر الذي يلقي بالفرد فعلاً في هوة الاضطراب النفسي.

الفصل الثاني
خلفية نظرية
لأنماط الشخصية



الفصل الثاني

خلفية نظرية لأنماط الشخصية

يكاد موضوع الشخصية لا يختلف عن سائر موضوعات علم النفس الحديث في أنه يقوم على ماضٍ من التفكير النظري أو التأملي، لكن تاريخه في التفكير العلمي التجريبي قصير جداً. وينطبق هذا القول بصورة أوضح على مصطلح أنماط الشخصية (Personality types) الذي حَظي باهتمام كبير منذُ مدة مبكرة.

وشاع استخدام مفهوم النمط (type) في عصور عديدة عبر التاريخ الفكري للإنسان. ويعد مفهوم النمط الجسمي (body type) والبُنية الجسمية (Physique) أكثر الأنماط شيوعاً إذ اهتم الباحثون بتفسير السلوك الإنساني بالإشارة إلى خصائص الجسم وشكله الخارجي أو القول بأن التركيب العضوي للجسم يُعد محوراً أساساً للسلوك. ولا تعد هذه النظرية قديمة فحسب بل إنها شاعت لدى بعض منظري الشخصية في هذا القرن لدى كريتشمر وشيلدن (sheldon 1940 & Kretschmer, 1925) وغيرهما.

وعلى الرغم من أن مصطلح أنماط الشخصية (Personality types) هو نتاج لكثير من الدراسات في القرن العشرين، إلا أن من الصعب أيجاد نقطة معينة تُحدّد عندها بداية التفكير في أنماط الشخصية لوجود محاولات مبكرة كانت بمثابة إرهاصات هادية وموجهة لا يمكن إغفالها.

وفي تاريخ علم النفس ظهرت فكرة الأنماط وذلك في محاولة لتصنيف الناس إلى عدد من الأنماط. وكل نمط (type) يتخذ اسماً له من السمات البارزة المفروض وجودها في أصحاب هذا النمط. فوضع أرسطو منذ أكثر من ألفي عام تقسيمات للأنشطة التي يقوم بها الآدميون فقسمها إلى المعرفة (Cognitition) والوجدان (Affecction) والنزوع (Conation).

وأشار (ثيوفراسطس Theophrastus) بوصف ثلاثين نمطاً للشخصية. إلا أن النظرية النفسية القديمة التي كثيراً ما كتب عنها، واهتم بها معظم العاملين في الميدان هي التي كان لها الأثر الأكبر في نمو تفكير هؤلاء الباحثين خلال قرون طويلة. وتبدأ هذه النظرية بالاعتقاد اليوناني القديم أن الطبيعة تتكون في مجموعها من أربعة عناصر هي: الهواء، والتراب، والنار، والماء.

وفي القرن الخامس قبل الميلاد (افترض ابوقراطHippocrats) (أبو الطب) أن المعادلة السابقة الخاصة بالطبيعة (بوجه عام) يمكن أن تنطبق على الإنسان (بوجه خاص) لأن الإنسان هو الذي يشكل العالم الصغير داخل العالم الكبير في مجموعة. وتوصل أبوقراط إلى أن هذه العناصر متمثلة في الجسم البشري على شكل أربعة متغيرات جسمية (أو هرمونات) وكان ذلك من مدة زمنية طويلة قبل الوصول إلى اكتشاف علم الغدد الصماء.

وفي عام (1810) قسّم عالم النفس (وليم جيمس) الشخصية إلى نمطين، النمط المتعقّل (Rationalist) والنمط المجرب (empirical) ويتميز النمط الأول بأن صاحبه رقيق المزاج tender – minded توجهه مبادئ عامة وأفكاره محددة، ويميل إلى أن يكون مثالياً متديناً وأما أصحاب النمط الثاني فهم صلبو الرأي tough – minded عمليون يتأثرون بالاعتبارات الواعية والمتطلبات، والحاجات المختلفة.

أما كريبلين (Kraepelin) في عام (1907) فقد ميز بين نمطين هما الهوس والاكتئاب manic – depressive وانقسام الشخصية (أو الفصام) demantion preacox (achizo) وعلى ضوء هذا التصنيف، حدد كريبلين نظاماً لتصنيف المرض العقلي. وفي عام (1928) قدم الفيلسوف الألماني سبرانجر (Spranger) تقسيماً للشخصية وفقاً للقيم أو الاتجاهات الرئيسة السائدة عند الفرد. وهذه القيم هي القيم النظرية والقيم الاقتصادية والقيم الجمالية والقيم السياسية

والقيم الدينية. ووصف رزانوف ـ Rasanoff في عام 1938 ثلاثة أنماط للشخصية هي:

1. النمط المضاد للمجتمع Antisocial ويتسم بميول إجرامية ونزعة إلى الكذب المرضي.
2. النمط السيكوثيمي Cucothymic ويتميز بتقلب المزاج وعدم الثبات الانفعالي ويشبه هذا النمط الهوس والاكتئاب في تصنيف كربيلين.
3. النمط الفصامي Schiziod ويشبه نمط انقسام الشخصية عند كريبلين ويتميز أصحابه بأن نشاطهم الانفعالي ينفصل عن الفعل أو البصيرة، كما يتميزون بالانسحاب والإحجام عن الاتصالات الاجتماعية، واضطراب توافقهم الجنسي.

وفي عام (1941) استعان كل من البورت وفرنون ولندزي بهذه الأنماط الستة لـ(سبرانجر Spranger) للقيم في إعداد اختبار للشخصية بدراسة القيم The Study of values. وتوالت بعد ذلك تصنيفات لأنماط الشخصية لدى كل من كانت Kant وفيت Wuat وجروس gross ويونج jung وكرتشمر Kretschmer وهايمنز hegmans وفيرسيما Wiersma وسبيرمان Sperrman وويب Webb وبيرت burit .

وفي ثلاثينات القرن العشرين تلا ذلك نشاط بحثي لكل من كاتل وجيلفورد وايزنك ونورمان وجولدبيرج وجون وديجمان وكوستا وماكري في استخدام منهج التحليل العاملي في تحديد العوامل أو الأبعاد (الأنماط) الأساسية للشخصية.

وفي عام (1947) قدم أيزنك انموذجاً لوصف الشخصية (مستوى السمات). إذ أشاع أن مفهوم النمط (type) يوجد في المستوى الرابع والأخير من هذا الانموذج. موضحاً أن مفهوم النمط يقوم على أساس الارتباطات الملاحظة بين تنظيم السمات الأولية في المستوى الأدنى لذلك التنظيم.

ويتفق جيلفورد (Guliford) مع أيزنك على أهمية هذا الانموذج الهرمي (مستوى السمات) وفائدته في وصف الشخصية، وأهميته بصورة خاصة بالنسبة له في إظهار مركز السمات ووظيفتها في هذا التنظيم، فضلاً عن أنه يساعدنا كذلك في تطبيق الانموذج العاملي على الأفراد. وهو يرى أن هناك نمطين أساسين في أعلى مستوى من هذا التنظيم الهرمي هما النمط الفا (Alphea) والنمط بيتا (Beata): فالنمط الفا أو (أ) هو المستوى الأعلى الذي نصل إليه من خلال العلاقات بين السمات الأولية: الاجتماعية والسيطرة والثقة. ويمكننا عدّ هذا النمط متغيراً عاماً للتوافق الاجتماعي خاصاً بالصفات الإيجابية التي تتوقع إنصاف الشخص المتوافق اجتماعياً بها. أما النمط بيتا أو (ب) فهو عبارة عن متغير التوافق الانفعالي يقوم على أساس المزج أو الارتباط بين درجات السمات الأولية: الثقة والهدوء والموضوعية.

كما قدم أيزنك (Eysenck) 1985 نظرية في عوامل الشخصية وأنماطها وقسمها إلى خمسة أنماط هي الانبساط، والعصابية، والذهانية، والذكاء، والتقدمية. وحاول أن يرجع هذه النظرية إلى الأفكار المبكرة عن الأمزجة الأربعة لأبوقراط.

إن مصطلح النمط (type) في النظرية المعاصرة للشخصية يشير إلى مفهوم يسمو على مفهوم السمة، ويعلو عليها إذ ترتبط السمات عادة ارتباطات متبادلة بعضها مع بعض وتفضي هذه الارتباطات إلى نمط يجمعها.

ويعرّف ايزنك (Esyenck, 1985) النمط في مجال الشخصية على أنه مجموعة من السمات المترابطة معاً، أو الميل إلى أفعال معينة، واعتماداً على وجهة النظر هذه فإن الفرق بين مفاهيم السمة والنمط لا تكمن في الانفصال في المتغير، ولا في شكل التوزيع بل تكمن بدلاً من ذلك في شمول مفهوم النمط للسمة وتضمنه لها. أي أن النمط مفهوم أعم من السمة.

وقد ظهر (منذ ثلاثة عقود تقريباً) نمطان يعدان حدثين في العلوم الطبية والنفسية وهما نمطا السلوك (أ و ب) type (A) and (B) behavior، قدمهما (فريدمان Frieman وروزنمان Roseman) واعتقدا أن النمط (أ) يرتبط جوهريا بمرض الشريان التاجي للقلب (Coronary heart disease) الذي يعد من أكبر المسببات المسؤولة عن ارتفاع نسبة الوفيات في الولايات المتحدة. وقد أطلق الباحثان على هذا النمط: الاستهداف السلوكي للإصابة بمرض الشريان التاجي Coronary Prone benaionأو سلوك نمط (أ).

وقد بدأت أبحاث فريدمان وروزنمان (1950) بمجموعة من الملاحظات الاكلينيكية والتي تتعلق بظهور مجموعة من الخصائص النفسية المميزة التي روي تواترها لدى معظم الأفراد الذين يعانون من أمراض القلب مثل الشريان التاجي أو جلطة عضلة القلب أو الذبحة الصدرية إذ تبدو ملمحاً رئيسياً يفرق بين هؤلاء المرضى وما عداهم من غير المرضى بالقلب. وقد أشار الباحثان إلى تلك الخصائص السلوكية على أنها تشمل نمطاً خاصاً من التحدث يتسم بالسرعة والحدة والاندفاع، مع إحساس عام لدى الفرد بضغط الوقت والتعجل والشعور بالتوتر وعدم الإحساس بالراحة. وزيادة في التنبيه مع ارتفاع الطموح والمثابرة والعدوانية والتوجه نحو الإنجاز بهدف تحقيق السيطرة والتمكن حيال ما يدركه الفرد بأنه بيئة مناوئة أو معاكسة. وقد عرّف الباحثان هذه المجموعة من الخصائص السلوكية المميزة بمرض القلب باسم نمط السلوك(أ).

ومما تجدر الإشارة إليه أن هذا المصطلح في بداية ظهوره تم استخدامه وتعريفه من قبل كثير من الباحثين على انه نمط الشخصية (أ) (type (A) Personailty)، إذ إن مع زيادة دقة الملاحظات الاكلينيكية والدراسات والبحوث في هذا المجال، رؤي استبداله إلى مصطلح "نمط السلوك (أ) (type (A) Behavior Pattern) إذ إن المصطلح الأول يشير إلى وجود سمة (trait) للشخصية تتضمن عدد من الخصائص الأساسية: الجوهرية ذات الثبات النسبي في التنظيم

للفرد نفسه. لكن نمط السلوك (أ) يشير إلى مجموعة من الخصائص السلوكية القابلة للملاحظة والقياس والتي تظهر لدى بعض الافراد تحت ظروف معينة وفي مواقف محددة. كما وأن هذا النمط السلوكي - قابل للتعديل والتغيير.

النظريات التي تناولت أنماط الشخصية:

تعد نظريات أنماط الشخصية من أقدم النظريات التي عرفها الفكر الإنساني فيما يتعلق بالشخصية، والتي تُقسّم الناس إلى أنماط متباينة يتميز كل نمط منها بمجموعة من الصفات، قد يكون أساس تصنيفها العوامل الجسمية، والعقلية، والانفعالية، والإدراكية أو الخبرات التي مر بها الإنسان وغيرها.

ويذهب العاملون بهذه النظريات إلى أن الأفراد ينقسمون إلى نوعين أو أكثر وأنه لا وسيط بينهما، ومن نظريات الأنماط التي تقوم على أسس جسمية أنماط أبو قراط وكرتشمر وشلدون ومن نظريات الأنماط التي تقوم على أسس نفسية، نظرية يونج وفرويد وبافلوف وغيرهم.

ومن الجدير بالذكر أن نظريات الأنماط لم تهمل فكرة التفرد في الشخصية ولكنها ترى أن دراسة كل فرد على أنه كيان مستقل له خصائصه المتميزة عند جميع من هم سواه أمر صعب وشاق، وأن تصنيف الأفراد إلى أنماط بناءً على التشابهات والاختلافات بينهم يسهل عملية دراستهم. ومن هذه النظريات:

1. نظرية أبقراط: (460- 377ق.م):

وهي من أقدم النظريات في هذا المجال، إذ وضعها ابقراط في القرن الخامس قبل الميلاد وقسّم ابقراط الناس وفقاً لأربعة أمزجة تبعاً لنوع السائل الذي يغلب على جسم الإنسان (الدم - الصفراء - السوداء - أو البلغم) بمعنى أنه إذا كان هناك متغير هرموني جسمي معين هو السائد في جسم الإنسان فعلينا أن نتوقع وجود سيادة لنوع معين من الأمزجة يناظر هذا المتغير الجسمي (أو الهرموني).

يرى أبقراط أن الفرد السليم هو الذي تمتزج عنده هذه الأمزجة الأربعة (السوائل) بنسب متكافئة. وتلك (الأمزجة) هي:

1. **المزاج الدموي:** ويتميز صاحبه بالتفاؤل والمرح وامتلاء الجسم وسهولة الاستثارة والتقلب في السلوك.
2. **المزاج السوداوي:** ويمتاز صاحبه بالتأمل وبطء التفكير والتشاؤم.
3. **المزاج اللمفاوي (البلغمي):** وصاحبه يعني الاستثارة والاستحسان البارد ويميل إلى الشره.
4. **المزاج الصفراوي:** ويمتاز صاحبه بقوة الجسم والعنف وسرعة الغضب.

ويتضح مما سبق كيف قام "أبو قراط" بتأصيل هذا المنحى السببي أو التفسيري في نظريته الشهيرة من خلال اهتمامه ليس فقط بوصف الشخصية وتصنيفها، ولكن بالهدف العلمي لتفسير الفروق في الأنماط (Eysenck, 1982) وكانت هذه الأفكار هي البداية الأولى في نظريات الأنماط بشكل خاص والشخصية بشكل عام.

2. **نظرية جالينوس** Galen (130 - 200 **بعد الميلاد):**

بدأ تصنيف الشخصية يتبلور ويأخذ شكلاً متكاملاً على يد جالينوس، إلا أنه لم يخرج عما قدمه (ابقراط). وتمكن جالينوس (Galen) من وضع سبب محدد لكل نمط من الأنماط الأربعة للشخصية:

1. **الدموي:** وهو شخص متفائل ذو حمية وحدة حرارة، ممتلئ دائماً بالحماس وترجع طبيعة مزاجه إلى قوة الدم.
2. **السوداوي:** وهو شخص حزين المزاج، يرجع السبب في حزنه هذا إلى المبالغة في وظيفة الصفراء ذات اللون الأسود.
3. **الصفراوي:** شخص قابل للاستثارة يرجع إلى سيادة الصفراء في الجسم.
4. **البلغمي:** وهو شخص يتميز بالبطء الواضح والتبلد ويرجع ذلك إلى تأثير مادة البلازما في الدم.

3. **نظرية كانت** (E. Kant) (1724 – 1804):

قدم كانت في عام (1798) في كتابه (الأنثروبولوجيا) وصفاً نظرياً واسعاً للأنماط الأربعة (الدموي، والبلغمي، والصفراوي، والسوداوي). والذي يعد بمثابة موسوعة في علم النفس في إيضاحه لمنحنى الأمزجة الأربعة وجعله مقبولاً للفلاسفة والأطباء، وكل من رجال العلم من المهتمين بالشخصية الإنسانية. ويرى كانت (Kant) أن الأنماط الأربعة عبارة عن فئات وصفية مستقلة تتميز بالبساطة، والتي لا يمكن الربط بين أي منها للحصول على نمط خاص.

وكان للأنماط الأربعة لـ(كانت) أهمية نظرية وأساسية ولها علاقة وثيقة بالنتائج التي توصلت إليها الدراسات الحديثة التي استخدمت التحليل العاملي في ميدان الشخصية. وإن الفروق الأساسية بين وجهات نظر كانت (Kant) ووجهات النظر المنهجية المعاصرة تتمثل في مفهومه الفئوي للأنماط. فالفرد الواحد هو صاحب فئة مزاجية واحدة. فالأفكار اليونانية القديمة التي قدمها المفكرون والأطباء تشمل أسساً ثلاثة رئيسة تميز البحوث الحديثة في ميدان الشخصية وهي:

أ. إمكان وصف السلوك بمفاهيم السمات، التي تميز الأفراد بدرجات مختلفة حسب مقدار امتلاك كلٍ منهم لهذه السمات.

ب. اتساق هذه السمات معاً ليتشكل منها في النهاية الأنماط الأساسية للشخصية.

جـ. افتراض وجود مجموعة من العوامل الجبلية، أو الوراثية، أو الولادية تقف خلف هذه الأنماط ويمكن اكتشافها من خلال البناء الفسيولوجي العصبي والكيمائي البيولوجي للفرد.

4. **نظرية فونت** (1920 – 1832 W. Wundt):

تعد نظرية فونت بمثابة تعديل أو إضافة جديدة لنظرية كانت. إذ قدمت الصورة الحديثة للأنماط الإنسانية بترجمة مفاهيم الأنماط ذات الفئات المحددة إلى مفاهيم الأبعاد المستقلة.

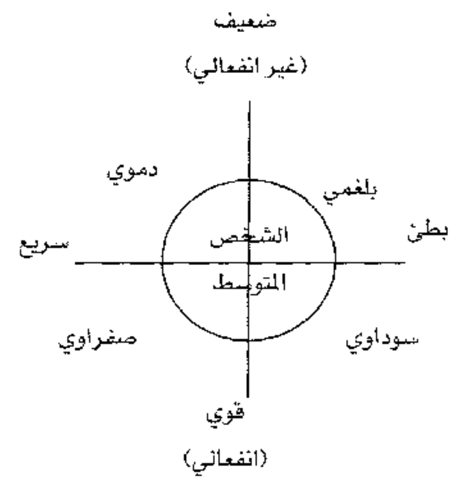
ويرى فونت أن النسق الفئوي عند كانت (Kant) عبارة عن أربعة أنماط مستقلة ويتكون من بُعدين (سريع - بطيء وضعيف - قوي). فالشخص الذي يتميز باستجابات انفعالية قوية يمكن أن يكون سريعاً وهو النمط الصفراوي طبقاً لمفاهيم جالينوس، ويمكن أن يكون بطيئاً وهو النمط السوداوي فضلاً عن أنه يمكن أن يكون متوسطاً أيضاً في سرعة استجاباته بصورة تجعله لا يدخل في آي من الأنماط الأربعة. بمعنى أن الشخص سريع الاستجابة ربما يتميز باستجابات انفعالية قوية، أو استجابات انفعالية ضعيفة، أو استجابات انفعالية متوسطة القوة.

وهكذا يحصل أن غالبية الناس يحصلون على درجات متوسطة على كل من البعدين، أي بالقرب من نقطة التقاطع، كما توجد مجموعتان صغيرتان: إحداهما مرتفعة الدرجات والأخرى منخفضة الدرجات. والشكلان (8) و(9) يوضحان أنماط الشخصية الاربعة:

	قوي	ضعيف
سريع	صفراوي	دموي
بطيئ	سوداوي	بلغمي

الشكل (8)

شكل يوضح نظرية الأنماط الأربعة لـ(جالنيوس، وكانت وفونت)



الشكل (9)

عرض آخر لنظريات جالينوس وكانت وفونت يبين كلا من النسق الفئوي (عبارة عن أربعة أنماط مستقلة في الجوانب الأربعة (Quadrants) والنسق الذي يقوم على فكرة المتصل أو البعد يكون من بعدين سريع - بطئ وضعيف — قوي.

5. نظرية سيزار لمبروزو في الأنماط الجسمية (1876):.

حاول العالم الفرنسي سيزار لمبروزو في عام (1876) تقسيم الناس إلى مجرمين وغير مجرمين على أساس صفات الوجه، ولم تقف نظريته أمام البحث العلمي الرصين.

6. نظرية جوردن Jordan (1890) :.

يمكن عدَ جوردن أول أصحاب النظريات الحديثة في الشخصية فقد افترض وجود نمطين متقابلين للسمات دون إغفال حقيقة أن هناك درجات متوسطة موجودة بين هذين النمطين تميز مجموعة كبيرة من الأفراد. كما

افترض أن هناك عدداً كبيراً من الطباع، ومن التقسيمات، ومن الأنماط المحددة، ومن الدرجات الوسيطة، والارتباطات المتنوعة. والتقسيم الرئيس لجوردن عبارة عن قطبين متقابلين، النمط المتأمل (Reflective Type) في مقابل النمط النشيط (Active Type) .

7. نظرية جروس (O.gross) (1902):

يرى جروس أن هناك نمطين أساسين للشخصية يطلق عليهما النمط الضيق - العميق والنمط الواسع- السطحي. ويتحدد هذان النمطان على أساس القدر النسبي مما اسماه الوظيفة الأولية. والوظيفة الثانوية الموجودة، وهذه الوظائف عبارة عن العمليات العقلية والانفعالية. فالوظيفة الأولية هي التي تتبع التنبيه بصورة مباشرة. أما الوظيفة الثانوية فهي التي تستمر بعد التنبيه، وتسمح بتنظيم الانطباعات الحسية وترابطها، وتقوم على أنها أساس لاستمرار العمليات الأولية. ويختلف الأفراد - بناء على ذلك - طبقاً لطول العمليات الثانوية لديهم. فالانطوائيين يتميزون بأن العمليات الثانوية أطول لديهم من الانبساطين.

8. نظرية فرويد لأنماط الشخصية (1920):

طور فرويد نظريته في النمو النفسي الجنسي Psychosexual development وذهب إلى أن هناك (6) أنماط أساسية للشخصية. ويشير فرويد إلى توقف النمط (type) على مرحلة النمو النفسي الجنسي التي وصل إليها الفرد أو التي حدث عندها التثبيت (Fiction) بقدر هائل من الطاقة الجنسية. وقد أطلق (فرويد) على هذه الأنماط المصطلحات التالية:

1. **النمط الشهواني**: حين يكون اللبيدو (الطاقة الجنسية) موجهاً نحو الجنس، وهذا الشخص يعيش هاجس الخوف من فقدان محبة الآخرين له، مما يجعل هذا الإنسان متردداً في إتخاذ القرار وخاضعاً وتابعاً للأشخاص الذين يحبهم.

2. **النمط النرجسي**: يرفض الخضوع للآخرين، وتسيطر الانا على تصرفاته، إذ لا يعاني أي صراع في اناه، ولهذا فهو غير خاضع أو تابع للآخرين.

والحقيقة أن للنرجسي ميولاً عدوانية متطورة يمكن أن تتفجر في حال إحساسه بأي خطر وخسارة تهدد آناه. وهو عن طريق هذه العدوانية قوي الشخصية ويحسن فرض نفسه على الآخرين كما يحسن قيادتهم وأحياناً مساعدتهم، وكثيرة هي الحالات التي تتوجه فيها النرجسية نحو الانجازات الثقافية والشعر منها بشكل خاص.

3. **النمط الموسوس**: ويتميز هذا النمط بسيطرة الانا الأعلى. وهذا الشخص لا يخشى فقدان محبة الآخرين له (مثل الشهواني) ولكنه يخشى فقدان ضميره، وقيمه وأخلاقه. وهكذا فإن هذا الشخص يعاني تبعية نحو ذاته العليا التي تخوض في حالة الموسوس صراعاً عنيفاً مع الأنا.
4. **النمط الشهواني ـ الموسوس**: وهذا الشخص يخوض نوعين من الصراع في آن واحد فهو يخوض صراعاً ناجماً عن تعارض الأناه الأعلى مع أناه. وصراعاً آخر بين الهي والأنا، ومثل هذا الشخص يتميز بتبعية للأشخاص الذين يحبهم حالياً (وليس الذين أحبهم قبلاً) وهو شديد الوفاء لأهله.
5. **النمط النرجسي الموسوس**: ويتميز هذا الشخص بنشاطه وقدرته على حماية أناه من تأثير أناه الأعلى (بسبب نرجسيته) ولدى هذا الشخص ميل لإخضاع الآخرين لآرائه ولمعتقداته الخاصة.
6. **النمط النرجسي والشهواني**: وهذا النمط يجمع خصائص كل من النرجسي والشهواني، إذ يحد كلاً من السلوكين الآخرين، وهو

أكثر انتشاراً، وفيه يكون الصراع بين الهو والانا المرضية المتضخمة المميزة للنرجسية.

وقسّم فرويد بعض الأنماط من الشخصيات المرضية إلى محورين حسب المرحلة التثبيتية أو حسب النوع المرضي وتتصف الشخصيات المرضية بالتثبيت المفرط في إحدى المراحل على الأساس الآتي:

أ. **النمط الفموي:** نسبة إلى التثبيت في المرحلة الفموية وتتصف هذه الشخصية بعدم النضج والتبعية والاتكالية على الاخرين والموقف السلبي والاحتياج إلى تزكية الاخرين للشعور بالاحترام والتقدير الذاتيين. كما أنها تمتاز بالثرثرة والنهم فيكون الشخص مفرطاً في الأكل وفي الشرب وفي التدخين لأسباب نفسية.

ب. **النمط الشرجي:** (أو النمط القهري) يتصف هذا النمط ببعض الظواهر ومنها:

* الإفراط في النظام وفي النظافة.
* الإفراط في الاقتصاد إذا لم يكن البخل.
* الاعتداد بالرأي والعناد.
* حب التأكد والإفراط في التشكك.

ج. **النمط القضيبي:** يتصف هذا النمط بالمقدامية مع الشجاعة والثقة المفرطة في الذات والاندفاع والحماس ولو أدى ذلك إلى احتقار الاخرين.
كما صنف فرويد الشخصيات المرضية أو غير السوية حسب النمط المرضي ويكون ذلك كما يأتي :

- الشخصية العصابية.
- الشخصية الذهانية.
- الشخصية السيكوباثية.

أ. **الشخصيات العصابية:** فهي شخصيات مرضية يحس فيها صاحبها بعدم تلاؤمه مع الواقع مع العلم بأن الصعوبات متأتية من ذاتيته كما أن منها الشخصية الهستيرية التي تمتاز بالإغراء وجلب الأنظار وتزييف الحقيقة لإكسائها وجهاً خيالياً خلاباً يجلب الأنظار.

ب. **الشخصية الذهانية تتصف:** اساساً بعدم التفريق بين الواقع وما هو خيالي. فقد يسقط صاحب هذه الشخصية الخيالية على الواقع طالباً من هذا الواقع أن يتأقلم حسب خياله الذاتي ويمكن أن نذكر من باب المثال:

- **الشخصية الزورية:** التي تتصف بالاعتداد المفرط بالذات والارتياب المفرط تجاه الاخرين والكبرياء، وقد تؤهل صاحبها إلى الشعور بالعظمة أو بالاضطهاد.
- **الشخصية الزورانية:** تتصف بالانطواء الشديد وعدم التناسق والازدواجية.

ج. **وأخيراً الشخصية السيكوباثية:** التي تشكل وسيطاً بين النمطين الذهاني والعصابي. ويأتي اسمها من Psychopathy/Psychopathie وهو لفظ مستعمل للدلالة على نمط يتصف بعدم الاستقرار وعدم الاكتراث وعدم الاتعاظ بالماضي مع سرعة الاندفاع. وقد تؤهل صاحبها للجنوح والانحراف وحتى الأجرام. وما لبث هذا التصنيف آن طُوّر على أيدي رايخ ولوفا.

9. نظرية رايخ (1921):

وهو أحد تلاميذ فرويد الذي تولى مهمة الجمع بين اللاوعي والجسد. والذي مهد لتلميذه Alexander Lowen بتحديد خمسة أنماط للشخصية الانسانية إنطلاقاً من العلاقة التحليلية بشكل الجسد وهذه الأنماط هي في الآتي:

أ. النمط الفصامي (Schizoid): من الناحية الجسدية يتميز هذا النمط بعدم وحدة الجسد، أي فاقد التناسق للجزء الأعلى والأسفل من الجسد. وهذا الانفصام الجسدي الحيوي ينعكس في شخصية صاحب هذا النمط ويجعله ميالاً للعزلة عن حقائق العالم الخارجي، ويكمن خلف ذلك (أنا) واهية ووعي متدنٍ للذات.

ب. النمط الفمي (Orall): من وجهة نظر الطاقة الجسدية لهذا النمط تكون دون المتوسط ويكون الجسم طويلاً ونحيلاً.

أما القسم الأسفل من الجسم فيتميز بنقص واضح في الطاقة. وصاحب هذا النمط يتنفس بشكل سطحي لأن التثبيت في المرحلة الفمية يؤدي إلى إيقاظ غريزة المص عنده. كما أن لديه إحساساً بأنه يجب أن يساعد الاخرين ولديه تقلبات مزاجية تتراوح بين النشوة والانهيار.

ج. النمط النفسي - المرضي (Psychopath): يتصف هذا النمط بخصلة رئيسة تتمثل بانكاره للانفعالات وتجاهله لها وذلك لحساب توظيف مبالغ فيه للأنا (الفرويدية) أما الصفة الثانية التي تميز هذا النمط فهي بحثه عن السلطة والسيطرة والتحكم. وينقسم هذا النمط إلى نوعين:

(1) المتسلط: إذ تتركز طاقة الجسم في القسم الأعلى منه، إذ تكون نظراته حذرة وعيناه نصف مغمضتين وذلك حتى يتمكن من رؤية الأشياء وفهمها.

(2) الفاتن: وهو يكون أكثر تناسقاً. أما مظهره فيكون فائقَ المرونة. أما منطقتا العينين وقاعدة الجمجمة (أعلى الرقبة) فتمتازان بالتوتر الشديد. ويرفض صاحب هذا النمط الاعتراف بانفعاله على اعتبار أن الناس هم الذين يحتاجون إليه، وبالتالي فهو لا يحب أن يعترف بحاجته إليهم. وهذا النمط يكون عرضة للإصابة بالذبحة القلبية.

د. **النمط الماوزشي (Masochist)**: هذا النوع يخص أولئك الناس الذين يتألمون ويشتكون ويتأوهون ولكنهم يظلون على خضوعهم للمسببات والمهم عندهم هو شكواهم. ذلك أن داخل المازوشي إحساساً مكبوتاً بتفوقه وكذلك شعوراً عدائياً.

هـ. **النمط الصارم (Rigged)**: يميل صاحب هذا النمط إلى الوقوف مستقيماً ومتصلباً بفخر (فهو لا يحني رأسه لا في الواقع ولا في العقبات) وهو يخاف من التعديل في تصلبه خوفاً من وقوعه في الخضوع والاستسلام ولدى هذا الشخص مخزون قوي من الطاقة يتيح له التعامل بواقعية مع العالم الخارجي(الآخرين، الأزمات.. ألخ).

10. نظرية توماس وزناتنكي (Zhaniteeke) في الأنماط الاجتماعية :.

حاول توماس تقسيم الناس إلى ثلاثة أنماط حسب تفاعلهم الاجتماعي وهي:

أ . النمط العملي، ب. والنمط البوهيمي، ج. والنمط المبتكر.

11. نظرية سبرانجر (Springer) في الأنماط الاجتماعية :.

وحاول الفيلسوف الألماني تقسيم الناس إلى ستة أنواع حسب اتجاهاتهم وأهتماماتهم وهي:

أ .النمط النظري، ب. النمط الاقتصادي، ج. النمط الجمالي، د. النمط الاجتماعي

هـ. النمط السياسي، ز. النمط الديني.

12. نظرية موراي (Murray) :.

قسّم موراي الناس إلى أربعة أقسام وهي:

أ . **النظريون**: ويدخل في عدادهم العلماء والمفكرون وفلاسفة المنطق.

ب . **الإنسانيون**: ويدخل في عدادهم الأطباء والعشاق والرومانسيون.

ج . **الإحساسيون**: ويدخل في عدادهم الفنانون والمغامرون.

د . **العمليون**: ويدخل في عدادهم الفلاحون والعمال.

مع ظهور علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي وكلام يونج عن اللاوعي الجمعي كان لابد لهذا العالم من معالجة إشكالية الشخصية من هذا المنظار. وعليه فقد وضع نظريته للأنماط.

13. نظرية يونج للأنماط (1922) :

تعد هذه النظرية أحد التطبيقات النفسية المعروفة والأكثر تأثيراً بين العلماء والاختصاصيين. فرق (يونج) بين نمطين للشخصية هما: النمط المنطوي introvert والنمط المنبسط extrovert. ويرى أن النمط الأول يكون تنظيم شخصية أصحابه مركزة على الذات ومنغلقة عليها، في حين أن أصحاب النمط المنبسط يكون تنظيم شخصياتهم موجها نحو العالم الخارجي. كما يرى يونج أن النمط الانبساطي الذي أطلق عليه مصطلح المنطلق يتصف بأنه نشط، ويحب الاختلاط، وكثير الحديث، وسهل التعبير، ومحب للظهور، وأن النمط الانطوائي الذي أطلق عليه مصطلح المنكمش يتصف بأنه حساس، وحذر، ومتأمل، ويميل إلى العزلة، وقلة الحديث.

وفضلاً عن هذين الاتجاهين اللذين استخدمهما (يونج) في تصنيف الأفراد إلى أنماط فإنه عمل أيضاً على تصنيف الأفراد بناء على الوظيفة الأكثر استخداما من الوظائف العقلية الأربع الحس، والحدس، والشعور، والتفكير، إذ يقول إنه توصل إليها من خلال تجاربه ودراساته في تصنيف الأنواع إلى أنماط. وقد استخدم يونج ثلاثة أبعاد في تصنيف الأفراد إلى أنماط هي (الانبساط ـ الأنطواء) وبُعد (التفكير ـ الشعور) والبُعد (الحسي ـ الحدسي) وبذلك ينتج عن تشابك هذه الأربعة ثمانية أنماط هي:

1. انبساطي مفكر (E – T) .
2. انبساطي شعوري (E – F).
3. انبساطي حسي (E – S).
4. انبساطي حدسي (E – N).
5. انطوائي مفكر (I – T) .
6. انطوائي شعوري (I – F).
7. انطوائي حسي (I – S).
8. انطوائي حدسي (I – N).

ويرى أن عملية تطوير النمط مستمرة مع الحياة وذلك من أجل الوصول إلى سيطرة أكبر على الوظائف جميعها.

14. نظرية النمط لكرتشمر (1925):.

وضع السيكاتري الألماني كرتشمر نظاماً قصد به وصف التراكيب الجسمية المورفولوجية في علاقتها بكل من الخلق والشخصية. وأخذ كرتشمر فكرة النمط (Type) من الطب النفسي واتجه إلى مجال الاضطرابات الذهانية أكثر من اتجاهه إلى الاضطرابات العصابية. وضع كرتشمر أنماطاً ثلاثة رئيسة للتكوين الجسمي هي:

1. **النمط البدين(Pykhic Type)**: ويتمثل في الشخص الممتلئ الجسم، والقصير الساقين والسميك العنق، والعريض الوجه ويتصف بالمرح، واجتماعي، وسريع التقلب.
2. **النمط النحيل (Asihenic Type)**: ويتمثل في الجسم الطويل النحيل، وطويل الأطراف، ودقيق السمات وتحليها ويتصف بأنه منطوٍ ومكتئب.

3. **النمط الرياضي (Athedetic Type)**: وهو أشبه بالنوع السابق سوى أنه قوي العضلات، ممتلئ الجسم ويتصف بأنه نشيط وعدواني.

وهناك نمط آخر هو غير المنتظم (البنية المرتبكة) Dysplastic: وهو غير واضح في تحديد معالمه، لذلك من الصعب إدراجه تحت أي تسميه. وهناك إضافتان أساسيتان لنظرية كرتشمر تتمثلان في الآتي:

أ. أنه حاول القيام بربط مفاهيمه الخاصة بأنماط الشخصية ببعض الحقائق الثابتة للتكوين البيولوجي، أو بمعنى آخر ربط أنماط الشخصية وزملات الأعراض الذهانية بأنماط بناء الجسم.

ب. اهتم بالأسباب الديناميـة التي تقف خلف فكرة النمط التي قام بتطويرها.

15. نظرية النمط لوليم شلدون (1940):

قام شلدون (W. Shaldon) الطبيب وعالم النفس الأمريكي في عام (1940) بوضع نظرية عن الأنماط التكوينية التي تعد أشهر النظريات في هذا المجال، وأكد شيلدون أن الناس ذوي الأنماط الجسمية المعينة يميلون الى أنماط معينة من الشخصية. ويرى أنه يمكن تقسيم الأفراد إلى ثلاث فئات (أو أنماط) بناء على نوعية الطبقات الثلاث التي تتألف منها الخلية الجنينية وهي التي تتولد عنها كل الأنسجة فيما بعد. كما فسّر أن البشر لديهم خصائص جسمية وراثية تحدد الأنشطة التي يميلون للتفوق فيها ويجدون فيها المسرة . كما تشمل الصفات الجسمية توقعات الآخرين. واعتقد شلدون أن هناك مكونات جسمية ثلاثة أولية تقابلها مكونات مزاجية ثلاثة أولية. وهي لا تقوم على أساس مقاييس جسمية مطلقة، بل على اساس المقاييس الجسمية النسبية، أي على النسبة بين مختلف المقاييس الجسمية. وتلك الأنماط هي:

1. **النمط الحشوي** Endomorphy

ويتميز بعظم الأحشاء ونموها وبضآلة الهيكل وما يظهر في سلوكه الهدوء الانفعالي وهو متسامح، وهادئ ويستغرق في النوم العميق ويحب الحياة ويحب مظاهر الأدب والمرح والتواضع.

2. **النمط الجسمي الأساسي** Mesomorphy

ويتميز بقوة الهيكل العظمي وصلابته واعتداله وقوة العضلات ومن خصائصه النشاط في الحركة، وحب المخاطرة، والتلهف على القوة والسيطرة والميل إلى المنافسة، والميل إلى العدوانية وتوكيد الذات وعدم الإحساس بمشاعر الآخرين ويتجه نحو أهداف الشباب وانشطتهم.

3. **النمط المخي الأساسي** Ectomorphy

وغالباً ما يكون هذا النمط من النوع النحيل الوسيم الأنيق الملبس، وهو في أغلب الأحيان من النوع المفكر المحب للعزلة. وهو يجد أن أحسن ما في العالم كامن في نفسه وداخل ذاته. وأهم صفاته الدقة في المشي والحركة، فكل عمل حسي يقوم به يسير في نظام، وسرعة الاستجابة الظاهرة، وحب العزلة، والانتباه، واليقظة الزائدة، وكتمان المشاعر، وكبت الانفعالات، ولا يميل هذا النمط إلى الاجتماعات، ويستغرق في التفكير، وهو بوجه عام شخص هادئ لا يحب الكلام بكثرة، ولديه حساسية زائدة من الألم.

16. **نظرية النمط لنساراتي** (Nacearty) **(الأنماط المورفولوجية) :**

حاول نساراتي توضيح الاتجاه المورفولوجي بالنسبة للشخصية بالدراسات الانثروبولوجية التي قام بها الإيطالي فيولا (Viola)، وحاول ربط بنية الجسم والذكاء في ضوء مقاييس كمية. وضع نساراتي (Nacearty) من الدليل المورفولوجي وصياغته على النحو الآتي :-

$$\text{Morphological Index (M.I)} = \frac{\text{Length of two lim6s}}{\text{Volume of Trunk}}$$

$$\text{الدليل المورفولوجي (M.I)} = \frac{\text{طول الأطراف}}{\text{حجم الجذع}}$$

وتمكن نساراتي (Nacearty) من التعرف على نمطين من الأنماط الجسمية وهما:.

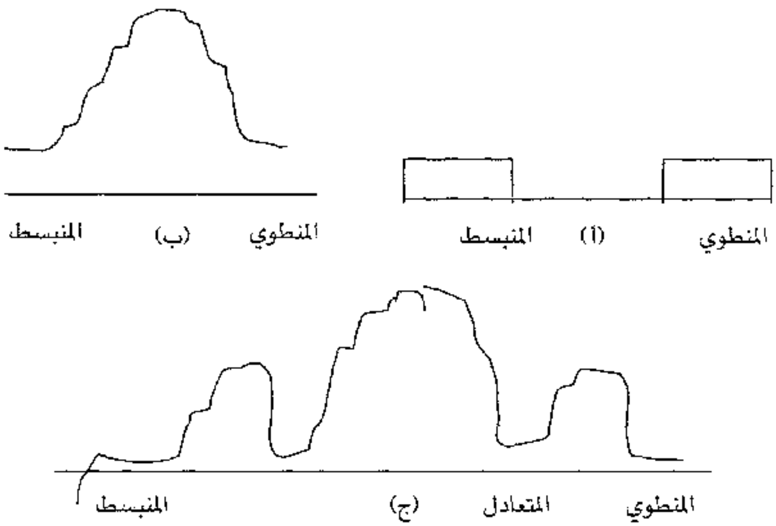
- النمط الذي يتميز بقصر الجذع مع نمو طبيعي للأطراف، ويتميز هذا النمط بالذكاء.
- النمط الذي يتميز بكبر الجذع مع نمو طبيعي للأطراف، ويتميز هذا النمط بالغباء.

وحاول نساراتي توسيع فكرته فطبق الدليل التكويني على العصابيين لإيجاد العلاقة بين الأنماط المورفولوجية والسمات المزاجية. ويرى أن قصير الجذع يميل إلى حالات النيوراستانيا وما يرافقها من تعب وعصبية وشعور بالإجهاد. وطول الجذع أكثر إظهاراً بين حالات الاضطراب النفسي الوجداني، بينما النوع الذي يتناسب فيه طول الأطراف وحجم الجذع فلديه مقاومة ملحوظة لكل من التأثيرات المرضية الداخلية والخارجية ويكون أميل إلى الثبات الانفعالي.

17. الأنماط عند آيزنك (1947-1967):

ذكر آيزنك (Eysenck) أن مفهوم النمط دار حوله الكثير من الجدل ولاسيما بين علماء النفس الأمريكان وعلماء النفس الانجليز إذ لم يحرز هذا المفهوم نجاحاً كبيراً لدى علماء النفس الأمريكان.

وأوضح ستاكنر أن وجهات النظر التي أمكن لعلماء النفس الأمريكان التعبير عنها بالنسبة للأنماط النفسية يمكن تجميعها تحت هذه الأنواع الثلاثة في الأشكال الآتية :



الشكل (10)

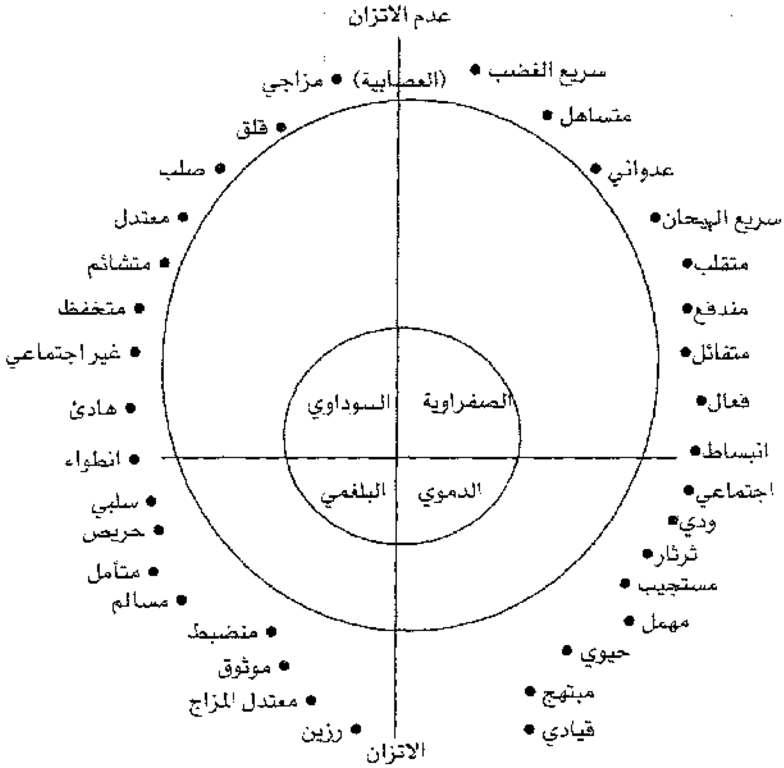
يبين ثلاثة أشكال لفكرة النمط

فبعضهم لا يزال ينظر إلى الأنماط كما لو كانت أصنافاً متباعدة تماماً مع خطوط فاصلة بوضوح بينها على نحو ما هو موضح في الشكل (أ)، إذ يقسم الناس إلى نمطين منفصلين تمام الانفصال هما المنطوي والمنبسط. وبعضهم الآخر ينظر إلى مفهوم النمط على أنه مماثلٌ إلى حد كبير أو صغير لمفهوم السمة، يعني أن الأنماط المتباعدة توجد عند طرفي التوزيع، بينما يخضع بقية الأفراد إلى التوزيع الاعتدالي ويتجمعون بين النمطين المتباعدين على نحو ما هو موضح في الشكل (ب). أما القسم الثالث والأخير فيذهب إلى أن الأنماط الحقيقية تختلف عن السمات من ناحية أن توزيعها متعدد القمم Muttimodal وأن الناس يتجمعون في مواضع تقترب من النمط الخالص على ما هو موضح في الشكل(جـ).

وناقش آيزنك فكرة ستاكنر واوضح أن ستاكنر اسقط من حسابه نقطتين مهمتين في الوصول إلى نتيجة تتصل بأهمية مفهوم النمط على أنه انموذج لتنظيم الشخصية.

النقطة الأولى: وهي ما تتضح في الشكلين (ب) و(جـ) إذ إن هذين المفهومين المختلفين للنمط يرتبطان بالتوزيع الافتراضي للمجموع العام من الناس بالنسبة لهذا النمط، ويعني ذلك إما أن يكون اعتدالياً أو متعدد القمم. ولكن لا يمكن معرفة شكل التوزيع لأي نوع من الصفات العقلية دون تحديد سابق لمقياس مضبوط علمياً. وإلى أن يتم وضع مثل هذا المقياس الدقيق فلا يمكن استخلاص أي شكل مناسب من أشكال التوزيع.

النقطة الثانية: أن التمييز بين توزيعات متصلة ومنفصلة على نحو ما هو في التفرقة بين الشكلين (ب، جـ) من ناحية والشكل (أ) من ناحية أخرى تمييز صادق تماماً. وقد نظر أيزنك إلى النمط باعتباره مجموعة من السمات المترابطة، مثلاً نظر إلى السمة كونها مجموعة من الأفعال السلوكية أو نزعات الفعل المترابطة. وفي ضوء هذه النظرة فإن الفرق بين مفهوم السمة والنمط يوجد "لا في اتصال المتغير المفترض أو انفصاله ولا في شكل توزيعه وإنما في التضمن أو الشمول الأكبر لمفهوم النمط". وقد أوضح أيزنك فكرته عن النمط وعلاقته بالسمات والعادات والاستجابات النوعية في الشكل الآتي:



الشكل (11)

علاقة النمط بالسمات و العادات عند ايزنك

ويؤكد ايزنك في نظريته على الأنماط بأن هناك ثلاثة أبعاد رئيسة للشخصية وهي كالآتي :

- الأنطواء introversicn . الانبساط Extraversion
- العصابية Neureoticism . اللاعصابية Non Neureoticism
- الذهانية Psychoticism . اللاذهانية Non – Psychoticism

وقد أكدت الدراسات التي قام بها "آيزنك" على أن الأبعاد الثلاثة ثابتة لدى الشخص. وأنها تقاوم الانطفاء إلى حد كبير. ويلاحظ أن هذه الأبعاد تشمل الشخصية السوية وغير السوية .

ويرى "آيزنك" أن الأبعاد الثلاثة المذكورة (الانطواء. والانبساط) والعصابية. والذهانية ليست هي كل نماذج الشخصية ، ولكنها الأبعاد التي ظهرت حتى الآن في دراساته. إن إمكان وجود أبعاد أخرى أمر يتحدد باستمرار البحث (Eysenck, 1954) واقترح (آيزنك) بناءً على دراساته في مجال الشخصية تصنيف الناس إلى أسوياء وعصابيين وذهانيين. ويقول: إن الشخصية الإنسانية تتحرك من السلوك السوي إلى السلوك العصابي ، ومن السلوك السوي إلى السلوك الذهاني ، ومن السلوك السوي إلى مزيج من الأنماط الذهانية والعصابية.

وقد حدد آيزنك من دراساته التحليلية العاملية قطبين متعارضين الإنطواء والانبساط ووصفهما على النحو الآتي:-

1. **المنطوي**: هادئ ومتأمل ومغرم بالكتب أكثر من غيره من الناس ، ومحافظ ومتباعد باستثناء أصدقائه المقربين وهو يميل إلى التخطيط مقدماً ، أي أنه ينظر قبل أن يخطو أي خطوة ويتشكك في التصرف المندفع السريع ، ولا يحب الاستثارة. ويأخذ شؤون الحياة اليومية بالجدية ويحب أسلوب الحياة الذي حسن تنظيمه. ويخضع مشاعره للضبط الدقيق ويندر أن يسلك بأسلوب عدواني ، ولا ينفعل بسهولة ويعتمد عليه. ويميل إلى التشاؤم ويعطي كمية كبيرة للمعايير الأخلاقية.
2. **المنبسط**: اجتماعي يحب الحفلات وله أصدقاء كثيرون ، ويحتاج إلى أناس حوله يتحدث معهم ، ولا يحب القراءة أو الدراسة منفرداً ، ويسعى وراء الاستثارة ويتطوع لعمل أشياء ليس من المفروض أن يقوم بها ويتصرف بسرعة دون تروٍ. وهو شخص مندفع على وجه العموم وهو

مغرم بعمل (المقالب) وإجاباته حاضرة، وهو يحب التغيير عادةً، ويأخذ الأمور ببساطة، ومتفائل ويحب الضحك والمرح، ويُفضل أن يكون دائم النشاط والحركة وأن يقوم بأعمال مختلفة. ويميل إلى العدوان وينفعل بسرعة. ويمكن القول بصفة عامة إنه لا يستطيع السيطرة على انفعالاته بدقه ولا يُعتمد عليه أحياناً.

3. **الذهاني:** ويتصف الشخص الذهاني بأنه عدائي، وبارد، وأناني، وغير موضوعي، ومندفع، وغير اجتماعي، ولديه مزاج عنيد.

أما خصائص الفئتين نفسهما في صورتيهما المرضية فهي كالأتي:

الانطوائيين (العصابيون): "يبدون ميلاً إلى إظهار أعراض القلق والاكتئاب، إذ إنهم يتميزون بالميول الوسواسية والقابلية للإثارة والتبلد ويعانون من عدم استقرار الجهاز العصبي اللارادي. وتبعاً لما يقرره هؤلاء الأشخاص أنفسهم، فإنه يسهل إيذاء مشاعرهم واستثارة إحساسهم بالذات. وهم عصبيون ويستسلمون لمشاعر النقص، ومن ذوي المزاج المتقلب، ويسهل استغراقهم في أحلام اليقظة، ويبتعدون عن الأضواء في المناسبات الاجتماعية، ويعانون من الأرق، أما بالنسبة لبنيانهم الجسمي فإن نموهم الرأسي يتفوق على نموهم الأفقي، واستجابتهم بالجهد ضعيفة، ويرتفع لديهم مستوى نشاط توتر القولون، وإفراز اللعاب لديهم مكفوف، وذكاؤهم مرتفع نسبياً وقدرتهم اللفظية ممتازة، ويغلب أن يكونوا مثابرين، ويتميزون بالدقة عموماً، ولكن مع البطء، ويتفوقون في الأعمال الدقيقة. كذلك فإن طموحهم مرتفع بشكل غير اعتيادي ولكنهم يميلون إلى التقليل من مستوى أدائهم. فضلاً عن ذلك فهم أميل للجمود، ولا يبدون إلا قدراً ضئيلاً من التباين الفردي في السمات الشخصية. وتميل تفضيلاتهم الجمالية إلى الصور الهادئة ذات الطابع القديم. وهم لا يرحبون بالنكات كثيراً ولا يحبذون النكات الجنسية بوجه خاص، وخطهم في الكتابة ممتاز.

وفي مقابل تلك الخصائص السابقة للانطوائيين يبدي **الانبساطيون (العصابيون)**:

ميلاً لإظهار أعراض هستيرية تحولية، وكذلك اتجاهاً هستيرياً نحو أعراضهم. وفوق ذلك تبدو طاقاتهم ضئيلة واهتماماتهم ضيقة، وتاريخهم المهني سيئ، ويعانون من توهم المرض. ووفقاً لما يقررونه بأنفسهم، فإنهم يعانون من اضطرابات اللعثمة والتهتهة والاستهداف للحوادث وكثيراً ما يتركون العمل بسبب المرض ساخطين شاكين من الأوجاع والآلام. أما بالنسبة لبنيانهم الجسمي، فإن نموهم الأفقي يتفوق على نموهم الرأسي واستجاباتهم للجهد طبيعية تماماً، وينخفض لديهم مستوى نشاط توتر القولون، وإفراز اللعاب غير المكفوف، وينخفض مستوى ذكائهم نسبياً، وكذلك ينخفض محصول المفردات لديهم، ويبدون نقصاً شديداً في المثابرة، وهم أميل إلى السرعة وعدم الدقة، وأداؤهم سيئ بالنسبة للأعمال الدقيقة، كذلك فإن مستوى طموحهم منخفض ولكنهم يميلون إلى تضخيم أدائهم، ويتميزون بالمرونة، ويبدون قدراً كبيراً من التباين الفردي في السمات الشخصية، ويتجه تفضيلهم الجمالي نحو الصور الحديثة المليئة بالألوان. وبالنسبة للتفضيل الجمالي فهم يخرجون تصميمات متناثرة كثيراً ما تكون في موضوعات مجردة، وهم ميالون للنكات، ويغرمون بالنكات الجنسية على وجه الخصوص، وخطهم في الكتابة ممتاز.

18. نظرية الأنماط عند بافلوف :

إن تأصُّل نظرية أنماط المستويات العليا من الأنشطة العصبية في معامل بافلوف نتيجة طبيعية للعمل التجريبي المكثف الذي أجري على الحيوانات والذي اعتمد معظمه على المناهج الكلاسيكية الخاصة بالمنعكسات.

ينطلق بافلوف من ثلاثة منطلقات أساسية عند شرح نظريته عن أنماط الشخصية، ويذهب الأول إلى أن الجهاز العصبي هو مركز الفعاليات النفسية وهو ما يسميه بعضهم بالارتباطات النفسية، ويذهب الثاني إلى أن هناك ظاهرتين

أساسيتين في التكوين النفسي للإنسان والحيوان هما عمليتا الإثارة والكف. فالأولى تمثل نشاطه وانتاجه بينما الثانية وهي الكف تمثل إلى الراحة واستعادة النشاط وحماية الخلايا من الإفراط.أما المنطلق الثالث فالقول بأن الإنسان يحمل قدرة على التكيف.

من هذا المنطلق يأتي بافلوف بأن هناك أربعة أنماط بأربعة أمزجة وانعطف نحو الأنماط عند أبقراط ليقارن بينها وبين ما قال به هوفكان وذلك على النحو الآتي :

1. مقابل مزاج المندفع عند بافلوف المزاج الصفراوي عند ابقراط.
2. يقابل مزاج الخذول عند بافلوف السوداوي عند ابقراط.
3. يقابل مزاج النشيط المتزن عند بافلوف المزاج الدموي عند ابقراط.

أما مزاج الهادي المتزن الذي قال به بافلوف فيقابل عند ابقراط المزاج البلغمي أو اللمفاوي. وجاء بعد بافلوف باحث آخر روسي وهو تيلوف (Teplov) في عام (1964) ووضع في اعتباره نظرية بافلوف في الجهاز العصبي القوي والجهاز العصبي الضعيف. وقام على أساس ذلك سلسلة ضخمة من الدراسات التجريبية للفروق الفردية (Teplov, 1964) إذ كانت الإضافة الأساسية (لتبلوف) أنه قام بدراسة الأنشطة العصبية لدى الإنسان مؤكداً أن هذه النقلة تحتاج إلى تطوير مناهج ملائمة لهذا الغرض. كما أشار إلى أن مفهوم الجهاز العصبي القوي يناظر أو يتشابه بدرجة كبيرة مع نمط الانطواء، ويناظر مفهوم الجهاز العصبي الضعيف نمط الانبساط.

19. النظرية السلوكية الجديدة (رأي السلوكيين الجدد) :.

يرفض هؤلاء أن يحددوا أنماط شخصية، فهم يرون أن الشخصية هي عرضة لتغيرات دائمة بسبب الأحداث والتجارب التي تمر بها هذه الشخصية. وانطلاقاً من هذا الرأي فإن هؤلاء لا يحددون نمطاً شخصياً بل يحددون نمطاً

سلوكياً، والنمط السلوكي هو كناية عن نهج سلوكي معين. تدفع إلى اتباعه مجموعة من الأحداث والتجارب والعوامل النفسية إذ لو تعرضّت مجموعة من الأشخاص (مختلفي الشخصيات) لهذه الظروف لاتبعت هذا النمط وذلك بصورة مؤقتة ريثما تعرض لهم ظروف وعوامل نفسية أخرى. كما يقصد بالنمط السلوكي طريقة في مواجهة المشاكل الحياتية التي تعرض للشخص، فالنمط السلوكي ممكن اتباعه من قبل أشخاص ذوي شخصيات مختلفة.

لقد استطاع العالم روزنمان (أثناء بحثه عن التصرفات وعن أنماط الشخصية المشجعة للإصابة بالذبحة القلبية) أن يعرف نمطين سلوكيين هما اليوم أشهر الأنماط السلوكية وأكثرها استعمالاً في مجال القياس النفسي، وهذان النمطان هما:

أ. **النمط السلوكي (أ)**: (Schema compor tamental do Type A) ويرمز له بالأحرف (S. C. T. A) وهذا النمط عبارة عن علاقة بين الفعل والانفعال. وهي العلاقة التي نلاحظها لدى بعض الأشخاص الذين يخوضون صراعاً دائماً بهدف الحصول بأقل وقت ممكن على عدد معين من الأشياء والأهداف. وإن اصحاب هذا النمط افراد يتصفون بسلوك علني او اسلوب معيشي يتميز بأقصى درجة من التنافس والكفاح من أجل تحقيق الإنجازات، والعدوانية (التي تكبت أحيانا بشدة)، والتهور، وفقدان الصبر، وعدم الراحة والانزعاج الشديد، والانفعال أثناء مخاطبة الآخرين، والتشنج في عضلات الوجه، والشعور المشدود بالوقت او أن الوقت عليهم كالسيف، وتحت ضغط المسؤولية التي يتحملها دائما، ومثل هؤلاء الاشخاص يكونون دائما مشدودين الى عملهم ومتحمسين له لدرجة أنهم يهملون نسبيا جوانب أخرى من حياتهم. على أن نلاحظ أنه ليس من الضروري أن تكون كل هذه الامراض السلوكية موجودة لدى شخص ما حتى نطلق عليه أنه من

ذوي النمط (أ). والنمط السلوكي ليس سمة من سمات الشخصية أو رد فعل قياس محدد لموقف تحدٍ، ولكن ردود الافعال تعتمد على تهيؤ هذا الشخص لمواقف التحدي، وإن كانت الانواع المختلفة من المواقف تفجر ردود أفعال بالتصدي من مختلف الاشخاص وهذا النمط يختلف تماماً عن حالات القلق العادية إذ يطلب القلق النصح حتى في الأمور التافهة. في حين أن متبع النمط (أ) قد يظهر الوداعة أمام العراقيل التي تعترض له لكنه لا يتراجع أمامها. كما يختلف هذا النمط عن مفهوم التوتر stress، فلفظ التوتر له معان عديدة، وربما يعزى إلى مثير ضار، أو حدث مؤلم، أو إلى رد فعل الانزعاج، أو شعور بعدم الراحة، أو استجابة لإهانة، أو أذى في البيئة التي يعيش الفرد فيها، وعلى العكس فإن نمط السلوك لدى الاشخاص المعرضين للإصابة بأمراض القلب ليس موقف توتر أو استجابة مؤلمة أو محزنة بقدر ماهي نوع من السلوك العلني الصريح الذي يتخذه بعض الاشخاص وسيلة دائمة للاستجابة لمواقف الحياة سوى كانت سارة أو مقلقة، المهم أن يتوفر في هذه المواقف بعض مقومات التحدي أو عناصره.

ب. **النمط السلوكي (ب)**: الذي هو العكس تماماً من النمط السلوكي(أ).

* صفات نمط الشخصية أو السلوك (أ) مقابل نمط الشخصية أو السلوك (ب):-

لعل بداية العمل على تحديد الملامح والصفات النفسية للمتعرّضين لخطر الإصابة بالذبحة القلبية تعود إلى عام 1868 عندما نشر فان دوك، دراسة رأى فيها أن هؤلاء المرضى يمتازون بصوت عالٍ، وبالعصبية والانفعال. ثم توالت الأبحاث حتى توصل الباحثان روزنمان وفريدمان في خمسينات هذا القرن في محاولة لتحديد عوامل المخاطر النفسية لأمراض الأنسجة الوعائية للقلب توصلا

إلى تحديد نمط الشخصية او السلوك الخاص بهؤلاء المرضى. وسمي هذا النمط أعراض السلوك (أ) على أساس ان النمط (أ) للسلوك أسلوب سلوكي وعاطفي يتميز بصفة الصراع العدائي لتحقيق الكثير من الأمور وإنجازها في وقت قليل وعادةً تكون هذه المنافسة مع أفراد آخرين أو قوى أخرى ويتميزنمط الشخصية (أ) بثلاث مواصفات:

1. العدائية التي تكون عادةً سهلة الإثارة لدى الفرد من هذا النمط.
2. الشعور بالسباق مع الزمن.
3. التعطش نحو الأنجاز والمنافسة.

أما النوع الثاني من السلوك فيعرف عادةً باسم نمط الشخصية (ب) ويتم موازنة هذا النوع من السلوك بنمط الشخصية (أ). ويكون الأفراد عادةً في هذا النوع من السلوك أقل اندفاعاً وتوتراً ولا يظهرون عادةً ما هو معروف من الصفات في نمط الشخصية (أ).

فالأفراد الذين ينتمون إلى نمط الشخصية (أ) حياتهم أقصر من تلك التي يعيشها الأفراد الذين ينتمون إلى نمط الشخصية (ب)، وذلك لأنهم يعملون ساعات أطول وبشكل شاق بالموازنة مع أفراد نمط (ب)، فالأفراد الذين ينتمون إلى نمط الشخصية (أ) يكونون عادةً أقل صبراً مع الأفراد الذين تكون استجاباتهم بطيئة، وهم عادةً يميلون إلى تحدي الآخرين ومنافستهم ولاسيما في المواقف التي تكون عادةً منافسة ولكن بشكل معتدل، وقد يعاني هؤلاء الأفراد من دوافع غير محسوبة وعدائية غير مركز عليها. وغالباً ما تكون علاقاتهم مع الآخرين أكثر صلابة وصعوبة في التوافق ويمكن أن يعاني هؤلاء من توافق غير سهل في المواقف التي تتطلب عملاً بطيئاً وحذراً وتتطلب نسبة عالية من التركيز والانتباه. فقد يعملون على قمع الأعراض خلال الأوقات التي يعملون بها بشدة وبهذا يكونون غير واعين للايعازات التي يعطيها جسمهم والتي تُحتّم عليهم التوقف عن العمل. ويبدو أن السيطرة مهمة بالنسبة إلى نمط الشخصية (أ)، فالأفراد الذين

ينتمون إلى نمط الشخصية (أ) يحاولون بشدة أكثر مما هو عليه من الأفراد الذين ينتمون إلى نمط الشخصية (ب). فهم يحاولون الحصول على السيطرة عندما تكون هذه السيطرة مُهددة. وغالباً ما يكون الأفراد من نمط الشخصية او السلوك (أ) غير راضين تماماً عن مهنتهم وقد يعرّضون حياتهم العائلية إلى الخطر وذلك لفشلهم في قضاء وقت كاف مع عوائلهم. وعلى أية حال. إذا تحدثنا بشكل عام يمكننا القول بأن الأفراد الذين ينتمون إلى نمط الشخصية او السلوك (أ) عادةً ما يُضحّون بأهدافهم الاجتماعية في مقابل تجميل شكل إنجازهم لمثل هذه الأهداف. وبالتالي سوف يؤدي بهم ذلك إلى مواجهة مشاكل صحية كبيرة. ولكن يوجد هناك جانب إيجابي لنمط الشخصية او السلوك (أ) وهو أن الأفراد الذين ينتمون إلى هذا النمط غالباً ما يستمرون في دراستهم بعد التخرج من الكلية وليس كما هو الحال مع الأفراد الذين ينتمون إلى نمط الشخصية او السلوك(ب). فهم عادة ما يملكون أهدافاً وظيفية أعلى وينجزون أكثر مما يفعلهُ الأفراد الذين ينتمون إلى نمط الشخصية (ب). ومعظم البحوث والدراسات لنمط الشخصية (أ) كان مخصصاً للرجال. وعلى أية حال، فإن البحوث التي أُجريت على النساء اللواتي ينتمين إلى نمط الشخصية (أ) توصلت إلى النتائج نفسها.

وغالباً ما تميل النساء اللواتي ينتمين إلى نمط السلوك (أ) إلى إظهار ردود افعال للنسيج الوعائي القلبي للضغوط المختبرية. وأيضاً يظهرن حاجة مُلحة للسباق مع الزمن، ويظهرن أيضاً روحاً تنافسية وعدائية أكثر مما هو عليه الحال بالنسبة للنساء اللواتي ينتمين إلى نمط الشخصية (ب). ويرتبط نمط الشخصية او السلوك (أ) في أعراضه عند النساء مع الغضب، والعدائية وتصرفات معينة تميل إلى أن تكون خاصة بالرجال فقط.

ومن خلال التعامل الاعتيادي اليومي وجد أن الأفراد الذي ينتمون إلى نمط الشخصية او السلوك (أ) لديهم درجة عالية من القلق والتطرف المستمر في

حوارهم، وفي العمل، وفي الوقت والانجاز وجلوسهم غير الطبيعي على أطراف المقاعد. وأنهم دائمو السير، ويتحركون ويأكلون بسرعة، ويميلون إلى تأكيد بعض الكلمات في أحاديثهم وإلى الاستعجال في نهاية الجمل التي ينطقونها، ويتحدثون بطريقة انفجارية، وأنهم غير صبورين لما يحدث من أمور، ويميلون لمقاطعة الآخرين، ويردّدون في أنفسهم جمل الفرد الذي يحدثهم ببطء أو عباراته. ويجد أفراد النمط (أ) صعوبة في انتظار عمل ما ينجز من قبل الآخرين، لأنهم يشعرون بأمكانياتهم على أدائهِ بصورة أسرع، ويميلون إلى التدخل والاشتراك في كل فعالية ممكنة، ويحاولون القيام بعملين أو أكثر في الوقت نفسه، كالقراءة وحلاقة الوجه أو الأكل مع القراءة، وإذا ما حدثهم الآخرون بأشياء لا تتعلق بما يرغبون في الحديث عنه تراهم دائماً يحاولون إعادة المحاولة إلى ما يرغبون من حديث.

وكما أشارت الكثير من الدراسات والبحوث أن الفرد الذي يُصنّف ضمن نمط الشخصية (آ) يتصف بالآتي:

1. مُنظّم، ومرتب، و يتعامل ويتفاعل مع محيطه بشكل جيّد.
2. مُتحكّم في ذاته وواثق منها ومن كفاءته. وهو مستعد لأن يعمل وحيداً إذا اقتضت تلك الظروف لأنه لا يتراجع عن أهدافه.
3. عدائي يمارس عدائيته في مختلف المجالات وتتراوح عدائيته بين الحادة والمريضة. وهذه العدائية هي المسؤولة عن رغبته الشديدة في المنافسة.
4. صاحب طموح مُتعدد الأهداف أو غير محدود الأهداف، مما يجعله دائما متشنجاً لا يقوى على الاسترخاء. فهو إذا ما حقق هدفاً ما. لا يترك لنفسه فرصة للراحة وإنما تراه يخلق هدفاً جديداً ويبدأ بالركض نحوه من جديد.

5. يدرك مفهوم الوقت ويعي مروره ولذلك فهو لا يريد مروره دون أن يحقق شيئاً، ولذلك نراه دائماً فاقد الصبر ومستعجلاً من أجل تحقيق طموحاته.
6. يُظهِر الوداعة أمام العراقيل التي تعرض له ولكنه لا يتراجع.
7. يرفض الهزيمة ولا يعترف بها ويقوم بمحاولة جديدة.
8. يُهمل تعبه ويقلل من شأن آلامه ويرفض فكرة إصابته بالمرض ولاسيما مرض القلب، فإذا حذرته سخر منك في أعماقه.
9. أن اعتماده الزائد على نفسه وعدائيته تجعلاه ميالاً للسيطرة ولاسيما إن كانت هذه السيطرة تساعده على التخلص من عدد من العقبات التي قد تعرض له.
10. تحريك الذراع بشكل ملحوظ أثناء الحديث.
11. عدم إظهار الاهتمام بالبعد الجمالي للبيئة المحيطة به.
12. يعتقد بقوة الشعار القائل: "إذا أردت إنجاز عمل بصورة جيدة فقم به بنفسك".
13. يحاول تحويل دفة الحديث بينه وبين الآخرين تجاه وجهة نظره واهتماماته.
14. ضيق الصدر وقليل التحمل.
15. زيادة الجهد الذهني والجسدي واليقظة المفرطة.
16. عدم التركيز والانتباه لحوار الآخرين وصعوبة البقاء في مكان واحد ما لم يوجد ما يشغله.

وبما أن الحياة بصورتها العامة والطبيعة مليئة بالأحداث الضاغطة التي لا نستطيع السيطرة عليها لذا فيمكن الافتراض بأن أفراد النمط (أ) هم على

العموم من أكثر الناس الذين يعانون من أحداث الحياة التي تتطلب تكيفاً في سلوكهم وفي مختلف أوجه حياتهم.

إن نمط الشخصية (أ) يعد مشكلة صحية تختلف عن غيرها، فهي تتضمن قيماً شخصية لصاحبها، فكون الفرد تنافسياً، وطموحاً، ويعمل بجد قد يزيد من احتمال اصابته بالنوبة القلبية لكنها في الوقت نفسه تريد أن يترقى الفرد في عمله أو أن يحصل على المكافآت. أن ما يتطلبه الموقف المتحدي من بذل الفرد جهده بأقصى ما يمكن لا يؤدي إلى إتلاف الشرايين التاجية فقط بل إنه يعزز من شعور الفرد بتقديره الذاتي وقوته الذاتية. إذن فهو مزيج من صفات سلبية وإيجابية، فهو إيجابي لأنه يعزز تقدير الذات (Self –steem). ويزيد التقدير الاجتماعي، وسلبي لأن أي موقف لا يستطيع الفرد من نمط (أ) السيطرة عليه يعدّه مهدداً له. فعندما يواجه بموقف ضاغط يشعر بعدم القدرة على السيطرة عليه، فإن استجابته الأساسية هي زيادة جهوده لإعادة السيطرة على الموقف من خلال ارتفاع ضغط الدم أو زيادة إفراز هرمون (النورادرينالين) الذي من الممكن أن يعمل على عدم انتظام نبضات القلب. وقد أثبتت الدراسات أن هناك فروقاً بين نمط الشخصية (أ) ونمط الشخصية (ب) في كل هذه المتغيرات الفسيولوجية عندما يواجهون بمهمات ضاغطة. أما صفات الفرد من نمط الشخصية او السلوك (ب) فإنه يتصف تبعاً لدراسات عديدة بالصفات الآتية:

1. قادر على الحب وتقديم العاطفة وكذلك قبولهما، وغالباً ما يكون هذا الشخص قد تلقى في طفولته المبكرة درجة مناسبة، وغير مشروطة من الحب والعاطفة والإعجاب من أحد والديه أو كليهما.
2. القدرة على التسامح.
3. عدم مقاطعة الآخرين عند تعبيرهم عن أفكارهم.
4. القدرة على الاستماع للآخرين دون نفاذ الصبر.
5. تقبل النقد البناء والهدام.

6. لا يجد غضاضةً في تفويض الآخرين أو ندبهم للقيام بعملٍ ما كلما كان ذلك ضرورياً.
7. سهولة الثقة بالآخرين.
8. محاولة تجنب التركيز الزائد على الذات.
9. محاولة المحافظة - في الرشد - على مختلف الأنشطة والاهتمامات التي كان الفرد يستمتع بها في وقت مبكر.
10. يمكن لهذا الشخص أن يتحمل بسهولة الضحك على نفسه مع إحساس جيد وحقيقي بالدعابة.
11. القدرة على أن يجد الوقت الكافي للتأمل في أهداف حياته وآماله وعلى أن يتذكر ماضيه.
12. لا يعاني من شعور بضغط الوقت ولا من نفاذ الصبر.
13. لا يعاني من العدائية الهائمة الطليقة.
14. عدم ظهور الحاجة الوسواسية إلى الكشف عن الإنجازات أو مناقشة الأداء الذي قام به الفرد.
15. القدرة على الاسترخاء دون شعور بالذنب.
16. العمل دون إحباط.
17. المشاركة في الرياضة أو غيرها من الأنشطة الترويحية دون شعور بحاجة إلى إثبات التفوق.

كيف نفهم النمط (أ) :

تشير كثير من الدراسات الحديثة التي تناولت الجنسين إلى دور كل من الوراثة والبيئة في كون الأفراد أكثر قرباً من نمط دون الآخر، بالنسبة للبيئة الاجتماعية والنفسية، تشير البحوث إلى توقعات الوالدين، والمستويات العالية من الجو التنافسي، ولاسيما في المجتمعات الغربية، على أنها أسباب رئيسة وراء

تكوين مثل هذه الشخصية. وفي رأي أصحاب التأثير الثقافي، فان سلوك النمط الاستعجالي يعد سلوكاً متعلماً وبالتالي يمكن تعديله من خلال التدريب على إدارة الوقت، والتخطيط الجيد للأمور، وإعادة التفكير بالفلسفة الشخصية عند الآخرين.

وتعد الحاجة إلى التحكم في البيئة المحيطة محور نمط (أ) من السلوك. فالمنافسة والعجلة في تنفيذ المهام، والعدوانية والتحمل المنخفض للإحباط يراه المنظرون في هذا المجال أنعكاساً للرغبة الواعية للتحكم في أنفسهم وفي بيئتهم.

وهذا ما أكدته الدراسات الارتباطية إذ بينّت أن هناك علاقة طردية بين الحاجة للتحكم وهذا النمط من الشخصية أو االسلوك. وبعبارة أخرى كلما ارتفعت درجات الفرد الدالة على نمط (أ) ارتفعت الدرجة الدالة على الرغبة في التحكم. ويأخذ أحد التفسيرات للعلاقة المذكورة اتجاها فسيولوجيا فيبيّن أن استثارة الجهاز العصبي الذاتي لدى الذين يتسمون بهذا النمط، ربما بسبب نوعا من الضيق النفسي لهم، فيلجأون إلى التحكم وسيلة للتخلص من ذلك الضيق النفسي لهم، فيلجأون إلى التحكم وسيلة للتخلص من ذلك الضيق.

هنالك أوجه معينة ولاسيما للنمط (أ) يبدو لها جانب وراثي قد تعد الأفراد مسبقاً مثل دراسة (مايثوز) على التوائم المتطابقة التي أظهرت أن هناك جوانب يرثها الأبناء من آباهم مثل التنافس، والحديث بصوت مرتفع، وصعوبة التعامل، ومحاولات السيطرة على التفاعلات الاجتماعية التي تبدو أنها تمثل خصائص الشخصية من نمط (أ). وكذلك بكونهم أكثر فعالية وانفعالية في استجاباتهم للضغوط.

وكما بيّنت أهمية الدعم الاجتماعي في التعامل مع الضغوط، فإنه تجدر الإشارة إلى أن نمط (أ) من الشخصية يمكن أن يؤثر في هذا الجانب. ومع ذلك فإن هناك العديد من المتغيرات التي تحدد مدى تلقي الفرد للدعم الاجتماعي، إلا

أن هناك اهتماماً خاصاً بالشخصية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي من منطلق وجود تأثير للشخصية على السلوك، والسلوك بدوره يحدد ردود فعل الآخرين.

ومن الطبيعي أن يتلقى الشخص العدواني والمندفع ردود فعل تختلف عن الذي يتلقاها الشخص المسالم الذي يتصف بروح التعاون في علاقته مع الآخرين. وتشير البحوث المعاصرة إلى أن النمط (أ) يمكن تصنيفه إلى عاملين رئيسين هما الكفاح للإنجاز Achievement Strriving ، ونفاذ الصبر وسرعة الانفعال impatience irritabllity. ويبدو أن نفاذ الصبر أو التلهف من شأنه أيجاد تنافر أو عدم انسجام مع الآخرين، وبالتالي غياب التفاعل الاجتماعي. وهذا بدوره يؤدي إلى غياب الدعم الاجتماعي في بيئة العمل. وأما بالنسبة للأفراد ذوي الدرجة العالية من الإنجاز فإن اندماجهم شبة التام في أعمالهم يكون وراء قلة تفاعلهم الاجتماعي وربما افتقادهم للمهارات الاجتماعية وكما أن الدرجة العالية من المنافسة تجعلهم غير مستعدين لتقبل الآراء والمقترحات من زملائهم وأقل رغبة في تلقي الدعم.

أما مدرسة التحليل النفسي فترجع أسباب تكوين نمط الشخصية أو السلوك (أ) إلى الأم. فهي شخصية يهمها فقط كيفية تأدية الوظائف المفروضة على الطفل وطريقتها ولا تعبأ بالنتيجة نفسها، فعندما يكبر يصبح همه الأكبر هو الإنجاز وتنفيذ الوظائف والأعمال فتضعف ثقته بنفسه، وتقييمه للآخرين يكون مرتفعاً جداً أو متدنياً جداً. ودائماً يرغب في إثبات شيء ما، ولا يتحمل العوائق التي يواجهها فتظهر العدوانية منه، ولكنه سرعان ما يتخلى عنها إذا كانت السيطرة والتحكم في يده. وعند استخدام اختبار Thematic Apperception Test (TAT) نلاحظ القصص التي يؤلفها قصيرة، خالية المضمون وارتباطه الاجتماعي ركيكاً، ويتفاعل مع العاطفة السلبية بسهولة. ويعبر عن عدوانية في الحكاية التي يرويها، ولا يؤمّن بالآخرين ولايثق بهم.

ومن منطلق أهمية القدرة على التعامل مع مصادر الضغوط وتجنب آثارها النفسية يمكن القول في ضوء ما سبق عن نمط (أ) من الشخصية بأن الخطوة الإيجابية هي مساعدة الفرد على التحول إلى نمط (ب). ومن خلال ضرورة التنقيب عن أسباب المميزات والسمات المنتمية للنمط السلوكي (أ) ومعرفة أساس دوافعها حتى نتمكن من تغييرها حين يتم خضوعهم للعلاج النفسي الجمعي الذي يُفنّد مميزات سلوكيات النمط (أ) في كل جلسة مع ضرورة تحدثهم بالتفصيل عن أضرار مميزاتهم المنتمية للسلوك (أ) وخطورتها إلى جانب بعض سلوكياتهم اليومية لمعرفة سلوكيات النمط (أ) وأقرارها ثم نواجههم بها ولا ننسى تشجيعهم على الراحة والاستجمام والبحث عن الجانب الممتع في الحياة، بما فيه تطوير الجانب الوجداني لديهم. ونتحدث عن الخطط المستقبلية وإقناعهم بضرورة تحديد أهداف لأعمالهم ولحياتهم.

العلاقة بين سلوك النمط (أ) وامراض الشريان التاجي:

إن الأدلة العلمية المتوفرة تبيّن أن سلوك النمط (أ) يرتبط بازدياد خطر التعرض إلى المظاهر السريرية لأمراض الشريان التاجي لدى الموظف الذي يدخل أواسط العمر في الولايات المتحدة. ويرى رايت (Wright, 1988) أن ازدياد التعرض لتلك المخاطر أكبر بكثير من المخاطر التي يفرضها التقدم في السن وارتفاع ضغط الدم وازدياد الكولسترول والتدخين. ومع ذلك فقد ظلت الصورة غير واضحة، لأن موازنة سلوك الفرد بالسلوك العام للنمط (أ) لا ترشحه بالضرورة إلى أن يكون من أصحاب هذا النمط.

ويعلق (رايت) بأن بعض صفات النمط (أ) توجد لدى أفراد متقدمين في العمر. ولكن لا تظهر لديهم أعراض لأمراض الشريان التاجي. كما أن صفات النمط (أ) لا توجد كلها لدى الأفراد المصابين بأمراض القلب من النوع الذي يرتبط بهذه الخصائص. ويضيف بأنه من المثير للدهشة عدم وجود أمراض

الشريان التاجي لدى بعض من ينشغلون بأعمالهم انشغالاً شديداً وكذلك لدى آخرين ممن يكون العداء واضحاً في سلوكهم.

وهناك بعض الدراسات أشارت إلى وجود علاقة بين بعض مكونات النمط السلوكي (أ) ومرض الشريان التاجي ، منها دراسة هوستن وآخرين (Hoston , et al) إذ أشارت إلى عاملين يعدان من العوامل المساعدة لحدوث مرض الشريان التاجي (CHD) وهما عامل الشعور بالضغط وعامل الرغبة في السيطرة على الآخرين.

واعتماداً على الدراسات الحديثة ، فإن الباحثين يعتقدون أن العدائية والإحساس بنفاذ الصبر ربما يكونان هما الأكثر أهمية في التعرض إلى مخاطر الإصابة بأمراض الشريان التاجي من العناصر المكونة الأخرى لنمط الشخصية (أ) إلا أن هوستن وآخرين(Hoston,et al) يروا أن هذه الخصائص قد لا تكون هي المسؤولة عن إصابة نمط الشخصية (أ) بأمراض الشريان التاجي (CHD)، فعلى سبيل المثال الشخص العدائي غالباً ما يدخن ويتناول الدهون ويعزف عن ممارسة الرياضة بانتظام. وقد تكون هذه الخصائص مسؤولة عن تطور أمراض القلب لدى أفراد النمط (أ).

وكذلك أكد فريدمان وروزنمان على أن من الصفات المميزة لأفراد النمط (أ) والتي تساعد على تطور أمراض شرايين القلب تناولهم التدخين والغذاء غير الصحي، والعدائية، وعدم ممارستهم الرياضة، التي تشكل نصف حالات الإصابة بأمراض القلب.

ومن اللافت للانتباه أن الباحثين المعاصرين وجدوا علاقة بين العدائية المصحوبة بالشك في طبيعة الدوافع البشرية (Cynical Hostitlity)، وبين أمراض الشريان التاجي، وارتفاع ضغط الدم، والعرضه للموت Wortality. ويضيف الباحثون بأن الأشخاص الذين يتصفون بدرجة عالية من العدائية المصحوبة بالشك يكونون: مزاجيين Moody ميالين إلى الشك والارتياب Suspicious، سريعي

الامتعاض Resentful ولا يثقون بأحد Distrusting وهم يغضبون بسرعة، ويحبون توجيه النقد إلى الآخرين. وهم عندما يشعرون بالانزعاج فإنهم يميلون إلى إظهار ردود فعل فسلجية قوية نسبياً إذ يزداد معدل ضربات القلب ويرتفع ضغط الدم موازنة بالآخرين.

ويتساءل الباحثون: كيف تعمل هذه المجموعة من الخصائص (في نمط أ) وتؤدي إلى أمراض فسلجية خاصة بالقلب؟ ولماذا يكون نمط (أ) غير صبور، وغير قادر على الاسترخاء؟ وهل أن عدائيته المستمرة ينتج عنها ضيق في أوعية الشريان التاجي، يزداد مع تقدم الزمن، وينتهي الأمر، من ثم بسكتة قلبية؟

أحد الفرضيات تقول، إن الميكانيزمات التي تتضمن رفع نشاط الشرايين التاجية (مثل ضغط الدم) تعمل على الاسراع في مقدار التمزق (التلف) الذي قد يصيب هذه الشرايين بمرور الزمن، وكذلك تسهم في تسهيل تجمع الصفائح الدموية مسببة تخثراً دموياً (تجلط دموي) مما يؤدي إلى حدوث أذى بالغ في العضلة (الإصابة بالجلطة القلبية)، وكذلك تعمل على استهلاك عضلات القلب نتيجة لعدم اتساق القلب.

وترى فرضية أخرى مشابهة أن زيادة فعالية الجهاز العصبي السمبثاوي مما يؤدي إلى زيادة في إطلاق هرمونات الكاتيكولامين (الادرينالين والنوادرانالين) وبمرور الوقت يكون لإفراز هذه الهرمونات تأثيرات جانبية متعددة، من بينها، أنها تُزيد من تكوين الكولسترول على جدران أوعية الشريان التاجي، الذي يؤدي بدوره إلى تضييق مستمر لها، ينتهي إلى الإصابة بالمرض.

يمكن القول بأن نتائج الدراسات الحديثة قدمت عدداً من التفسيرات المحتملة بخصوص العلاقة بين نمط السلوك (أ) والتعرض للإصابة بأمراض القلب والشريان التاجي، نوجزها بالآتي:-

1. أن الأشخاص من نمط السلوك (أ) يبدو أنهم يظهرون ردود فعل فسيولوجية أكبر من الأشخاص من نمط السلوك (ب). وأن الصعود

والهبوط المتكررين في ضربات القلب وضغط الدم ربما يضعف الأوعية الدموية القلبية ويمزقها.

2. أن الأشخاص من نمط السلوك (أ) قد يخلقون لأنفسهم ضغوطاً أكثر موازنة بالآخرين. ذلك أن ميلهم إلى التنافس، على سبيل المثال، قد يقودهم إلى أن يضعوا أنفسهم تحت ضغط كبير(Lot of Pressure). وأن عدائيتهم قد تستفز الآخرين، وتسبب لهم الكثير من المتاعب أو الجدل أو الخصومة أو الصراع معهم. وتساوقاً مع هذا النمط من التفكير فإن (سميث وزملاءه) وجدوا أن الأفراد الذين يتصفون بمستوى عال من العدائية، كانوا أكثر ميلاً إلى المشاحنة، وأكثر أحداثاً "حياتية سلبية، وأكثر خصومة أو نزاعاً" مع الزوج أو الزوجة، وأكثر تعرضاً للضغوط في ميدان العمل، وذلك بالموازنة مع الأفراد الذين يتصفون بمستوى منخفض من العدائية.

3. وبما أن أساليب الخصومة أو العداوة، هي الغالبة على سلوك أصحاب النمط (أ) في علاقاتهم بالآخرين، فإنهم لا يحصلون على إسناد اجتماعي كاف. ومعروف أن البحوث تؤكد على أن الإسناد الاجتماعي يعد وسيلة مهمة لها دورها الفاعل في التخفيف من الضغوط.

4. ولأن أصحاب النمط (أ) لديهم نزعة الشك في دوافع الآخرين فإنهم يميلون إلى اتباع عادات غير صحية من مثل التدخين وتناول المشروبات الكحولية، والعزوف عن ممارسة التمارين الرياضية، وضعف ممارستهم لها، وتجاهلهم لما يعتريهم من تعب أو إجهاد، وإن هذه الأمور تزيد من تعرضهم للإصابة بالأمراض المتعلقة بالقلب.

قياس نمط الشخصية (أ) و (ب) :.

أُستخدم عديد من قوائم الشخصية، فضلاً عن بيانات سجل الحياة، في البحوث عن أنماط الشخصية المرتبطة بالقابلية بالإصابة بأمراض معينة كالسرطان والتدرن الرئوي ومرض الشريان التاجي في القلب وقد تطورت أدوات خاصة في الآونة الأخيرة للتنبؤ بامراض معينة. وأشهر هذه الأمثلة خاص بالارتباط بين نمط (أ) للشخصية والقابلية لمرض الشريان التاجي للقلب (Coronary heart disease - CHD).

وتم تحديد هذا الارتباط، وفُحص بعمق بواسطة اثنين من المتخصصين في أمراض القلب وهما فريدمان (Fridman) وروزنمان (Rosenman) عن طريق الدراسات المعملية والإكلينيكية والوبائية.

ويتسم أصحاب السلوك من النمط (أ) type A behavior بأنهم أناس متعجلون، يسارعون الزمن، ولذلك يسرعون طوال نشاطاتهم اليومية المتلاحقة وكأنهم في صراع مع الزمن ويشعرون بفقدان الصبر حينما تقف في طريقهم العراقيل أو العوائق أو حتى عندما تكون العقبة متخيلة او ليست حقيقة، ولديهم قدر من الشعور العدواني الهائل أو الفياض ويتسمون بالجدة في محادثاتهم.

والعكس يكون من النمط (ب) والذي يحدد بالغياب النسبي لهذه الخصائص. ويكشف أصحاب النمط (أ) بالموازنة مع أصحاب النمط (ب) عن نسبة أكبر لحدوث الأزمات القلبية حتى عندما يوضع في الاعتبار الفروق في كل من العمر ومستوى الدهون، ومعدل التدخين، وضغط الدم.

ويمكن تقسيم النمطين (أ) و(ب) إلى نمطين فرعيين اعتماداً على الدرجة التي يظهر فيها الشخص خصائص نمط (أ) أو نمط (ب) فينتج أربعة (أ1، أ2، ب3، ب4) ويكشف الأشخاص في نمط (أ1) معظم خصائص نمط (أ) بدرجة شديدة على حين أن سلوك نمط (أ) غير موجود تماماً في الأشخاص من نمط

(ب4). أما أصحاب النمطين (أ2) (ب3) فهما وسطان في سلوكهما بين نمطين (أ1) و(ب4).

والجدير بالذكر أن الدراسات والبحوث العلمية قد أشارت إلى أنه يتوفر في هذا المجال المهم مجموعة من المقاييس التي تستهدف تقويم سلوك نمط (أ) ومن أكثر هذه المقاييس انتشاراً:

المقابلة المقيدة أو المحددة (Structured interview): (SI)

إذ يتم تصنيف الأفراد على النحو الآتي: نمط (أ) الشديد، نمط (أ) المعتدل، نمط (ب) التوسطي، نمط (ب). وتركز المقابلة المحددة على الكشف عن السمات الآتية: عدم الصبر والتنافس، والاهتمام الشديد بالعمل، كما تركز على أسلوب حديث الفرد (على سبيل المثال: معدل الحديث، وسرعته، والميل إلى الاعتراض والمقاطعة أثناء الحديث). وقد صمم المقابلة المحددة فريدمان وروزنمان (1959– 1961). مثل دراسة (Draguns & Costin) عام (1989) التي استهدفت تعديل سلوك نمط (أ) والتي استخدمت فيها مقابلات الـ(SI) بتسجيل سلوك نمط (أ) وملاحظته من قبل الاختصاصيين في علم النفس والأطباء النفسانيين مستخدمين أنموذج التعلم المعرفي الاجتماعي.

(Cognitive Social learn) الذي ساعد أفراد عينة البحث على فهم الطبيعة النفسية والاجتماعية التي يتضمنها سلوكهم. واستخدمت دراسة روزنمان وفريدمان وستراوس عام (1978) إجراء مقابلات شخصية مكثفة لقياس نمط (أ). وأشارت دراسة فريدمان عام (1986) والتي استهدفت تحديد النمط السلوكي من الرجال والنساء الأصحاء في الأعمار من (39 – 59) سنة، إلى طريق المقابلة الشخصية وتم تتبعهم لمدة ثمان سنوات. وكذلك دراسة روزنمان وفريدمان في عام (1974) التي استهدفت معرفة العلاقة بين نمط الشخصية (أ) ومستوى الكولسترول في الدم، إذ تم إخضاع جميع أفراد العينة إلى نظام غذائي

موحد واستخدمت المقابلة المقيدة على أنها أحد قياس نمط الشخصية أو السلوك (أ).

وكذلك أشارت إلى ذلك دراسة فريدمان ورزنمان مع فريق كبير من معاونيهم عام (1955 – 1964) المعروفة باسم المجموعة التعاونية الغربية، إذ استخدمت طريقة المقابلة المقننة أسلوباً لتقويم النمط (أ).

واستهدفت دراسة كيلي وستون (Kelly & Ston) عام 1982 تحديد استجابة أفراد النمط (أ) وأفراد النمط (ب) ولتحقيق ذلك الهدف استخدمت المقابلة الإرشادية المقننة أيضاً... وكذلك دراسات دمبروسكي، وماكدوجال، وشيلتز ولوستين (Dembraski, macdougall, Shields & lustene, 1978) إذ استهدفت معرفة العلاقة بين نمط الشخصية (أ) ومستوى ضغط الدم Blood Pressure (Bp) وهرمونات الادرينالين والنور ادرينالين والكورتزون (Adrrinalin nor - Adrinalin, and Cortison) خلال مهمات التحدي التنافسية في تجربة تتضمن أداء المفحوصين في ثلاث مهمات إدراكية ومعرفية. واستخدمت المقابلة المقننة لقياس الاستجابات الفسيولوجية السريعة والدقيقة التي تعد ردود فعل نفسية وفسيولوجية للنمط (أ).

مقاييس سلوك النمط (أ):

قام عدد من الباحثين بدراسة نمط السلوك (أ) من خلال استخدام مقاييس تتوفر فيها الصدق والثبات واستخراج القوة التمييزية لفقراتها، فقد قدمت دراسة (Lobel, 1988) مقياس جينكز آلوني للنشاط (JAS) لمعرفة العلاقة بين سلوك النمط (أ) والاستهداف السلوكي للإصابة بمرض القلب. كما قدمت دراسة كل من بوست وآخرين (Post & others) عام 1985 مقياس جينكز للنشاط – صيغة الطلبة لمعرفة العلاقة بين نمط السلوك (أ) وقلق الموت. واستخدم هاينز (haynes) عام (1978) لقياس نمط الشخصية (أ) مقياس فارمنجهام لعينة من الرجال والنساء الذين يتراوح المدى العمري لهم بين (55- 60) سنة.

أما دراسة علي عام (1994) التي استهدفت معرفة العلاقة بين نمطي الشخصية (أ) و(ب) وضغوط الحياة النفسية وتأثيرها على الجلطة القلبية، فقد قام ببناء مقياس لنمط الشخصية (أ) و(ب) والذي حدد بستة مجالات هي: (الإسراع، ونفاذ الصبر)، و(التنافسية)، و(الطموح)، و(سرعة الغضب والانفعال)، و(الميل للعدائية)، و(الحاجة إلى السيطرة)، ويتكون من (72) فقرة. وأشارت دراسة وشاح عام (1988) التي استهدفت معرفة العلاقة بين نمطي الشخصية (أ) و(ب) وضغط الدم؛ إلى استخدام مقياس (جينكنز) الصورة (ج).

(Jenkins Activity Survey (JAS) From. C)

كونه أحد قوائم مسح جينكنز للنشاط لقياس نمط الشخصية (أ)، أما دراسة (Heavan) عام (1988) على طلبه المرحلة الثانوية ممن بلغ متوسط أعمارهم (16.5 + 0.67) سنة، فقد استخدمت مقياس (Eysenck & Fwker) الذي يتكون من 44 فقرة تدور معظمها حول التوتر والنشاط والطموح. ومقياس (Mathews & Angulo, 1980) الذي يستخدم من المعلمين والمدرسين لتقدير سلوك الطلبه ويقيس بعض الأبعاد مثل التنافس، ونفاذ الصبر، والغضب والعدوان. وتوصل عبد الخالق عام (2000) إلى بناء مقياس يتكون من 20 فقرة تقيس خمسة عوامل تمثل سلوك النمط (أ) وهي (الدقة، والمثابرة)، و(السرعة، وضبط الوقت)، و(الرغبة في التقدم)، و(الجدية والتنظيم)، و(الانشغال وحب العمل).

أما دراسة (الخواجة) عام (2000) فقد استهدفت قياس الضغوط النفسية وعلاقتها بالإصابة بمرض السرطان (Cancer) ولتحقيق هذا الهدف قدم مقياس نمط السلوك (أ) لبورتنر(Bortner) وهو مُؤلف من (12) فقرة اعتمدت في صياغتها على الصفات التي وضعها فريدمان وروزنمان.

نمطا الشخصية (أ) و(ب) وعلاقتهما بالمتغيرات الديمغرافية والنفسية:

وترى الباحثة الحالية أنَ من المفيد أن تُبّين علاقة نمطي الشخصية (أ) و(ب) بالمتغيرات الديمغرافية والنفسية. ففي مجال المتغيرات الديمغرافية فقد أشار بلومنتال وهيرمان (Blumental & Herman) عام (1981) عندما تناولا متغير العمر، لتحديد فيما إذا كانت الإدراكات الذاتية لسمات نمط الشخصية (أ) تتغير خلال سني الرشد، وقد أجريت الدراسة على أربعة مجموعات عمرية من (30- 39) و(40 –49) و(50 – 59) و(60 –69) سنة، فأشارا إلى أن أفراد المجموعة التي تقع ضمن الفئة العمرية من (30 - 39) سنة أدركوا أنفسهم بنمط (أ) وأن الأفراد في المجموعات الأخرى التي تزيد عن سن الأربعين أدركوا أنفسهم بأنهم أصبحوا يحوزون على سمات قليلة من سلوك النمط (أ). وبيّنت دراسة وليامز (Williams) عام (1992) أن نمط الشخصية (أ) له ارتباط وثيق مع الإصابة بالجلطة القلبية في الأعمار الصغيرة التي هي أقل من عمر (45) سنة.

وفي علاقة الجنس بنمطي الشخصية (أ) و(ب)، بيّن هاينز (Hayens) عام (1980) أنه ليس هناك فروق بين الجنسين الذين تعرضوا لمرض الشريان التاجي أو الجلطة القلبية فهم جميعهم من ذوي الدرجات المرتفعة لنمط السلوك (أ).

وأشارت دراسة جورجنسون وهستون (Jorgenson & Houston) إلى أن لا فروق بين الجنسين من نمط (أ) في استجابات الأوعية الدموية خلال القيام بمهمة تجريبية وبعدها إذ أظهر كلاهما ضغط دم انبساطي (DBP) ونبضاً (HR) أعلى من أفراد النمط (ب).

وأشارت دراسة كاري كوبر وراشيل كوبر (Cooper & Cooper) عام (1984) إلى ارتفاع درجة نمط السلوك (أ) بين النساء المصابات بسرطان الثدي عند تعرضهن للانفعالات العنيفة مثل الانفعال أو الفقد والوفاة لأحد الأشخاص من المقربين وذلك قبل اكتشاف إصابتهن بالأورام السرطانية لمدة زمنية وجيزة. وفي مجال علاقة نمطي الشخصية (أ) و(ب) بالمتغيرات النفسية، فقد أُجريت

دراسة كلاس (Glass) عام 1986 في مجال الضغوط النفسية Stresses في إثارة سلوك النمط (أ) وتوصلت إلى أن هناك فروقاً سلوكية بين أفراد النمط (أ) و(ب) وقد لوحظت تلك الفروق تحت ظروف تضمنت ضغوطاً فيزيقية (مثيراً عالي الشدة) أو نفسية مثل (احتمالية فقدان التقدير أو الفشل). وقد وصُف نمط السلوك (أ) بأنه أسلوب للاستجابة (Astyle of response).

وأوضحت دراسة ستروب وتيرنر (Strupe & Turner) عام (1984) التي استهدفت التمييز بين العدوان الوسيلي والعدائية فيما يتعلق بالنمط (أ)، وإظهار فائدته، ومعرفة مكونات العدائية الوسيلية لعدوان النمط (أ). وكذلك معرفة الفروق في حدوث العدوان العدائي لنمطي الشخصية (أ) و(ب) في البيئة الطبيعية. وقد توصلت إلى أن أفراد النمط (أ) هم أكثر عدوانية من أفراد النمط (ب) إلا أنها لم تحدد شكل العدوان الذي يُظهره أفراد النمط (أ). كما أوضحت أن شكل العدوان هو عدائي بصورة أولية. وأن أفراد النمط (أ) هم أكثر احتمالا لإظهار سلوك ضار و شديد من أفراد النمط (ب). كما أن فقدان الضبط والسيطرة على الأحداث يجعل أفراد النمط (أ) أقل تحملاً من أفراد النمط (ب).

أشارت جيزني (Chesney) عام (1983) إلى أن الدراسات قد تُبيِّن أن أصحاب نمط (أ) للشخصية يتسمون بالفعالية والنشاط ومقاومة الشعور بالعجز وبالعدوانية ويستخدمون القمع أو الإخماد. (Superssion)، والنكران (denall) أكثر من نمط (ب) للشخصية عند مواجهة التحديات. (الدوري، 1994، ص34). وأشار (haree & Lamb) عام (1986) إلى أن ست دراسات قد بيّنت أن أصحاب نمط (أ) للشخصية المعرضين للإصابة بمرض الشريان التاجي للقلب يعانون من كل من العصابية، وتوهم المرض، والاكتئاب، والهستريا، وعدم الاتزان الانفعالي فضلاً عن كونهم منطوين. كما توصل لوتكن (Lotkin) عام (1966) إلى أن هناك ارتباطاً جوهرياً بين ذوي نمط (أ) المعرضين للإصابة بمرض القلب وكل من العصابية والقلق.

وتوصلت دراسة ماثيوس (Mathews) عام (1977) التي أجريت على (186) من مرضى القلب، إلى أن الأفراد الذين لديهم درجات مرتفعة على مقياس نمط الشخصية (أ) يقدرون بثلاثة أمثال الأفراد من ذوي نمط الشخصية (ب) أي بنسبة (73 ٪) من أفراد العينة كانوا من ذوي الشخصية (أ) في حين أن نسبة (27 ٪) من ذوي الشخصية (ب). وفي العينة الضابطة من غير مرضى القلب قدرت بنسبة (52٪) للأفراد من ذوي نمط السلوك (أ) و(48٪) لذوي السلوك (ب).

وبيّنت دراسة (Constin & Draguns) عام (1997) أن هناك علاقة موجبة بين نمط السلوك (أ) والتفاؤل في حين لم يكن هناك ارتباط دال بين نمط السلوك (أ) والتشاؤم (Constin&Draguns,1997, PP.433-440). ووجدت دراسة عبد الخالق (1991) أن هناك ارتباطاً سلبياً بين نمط السلوك (أ) ومصدر الضبط فيشير إلى أنه كلما ارتفعت الدرجة على مقياس نمط السلوك (أ) كانت هناك ثقة أقوى للفرد في مصدر الضبط الداخلي لأفعاله، والعكس صحيح، أي أنه كلما انخفضت الدرجة على مقياس نمط السلوك (أ) كانت ثقة الضبط أكبر في مصدر الضبط الخارجي لأفعاله ويتسق ذلك مع الخصال المتوقعة للنمط (أ).

وأظهرت دراسة ستيرمان (Sturman) عام (1999) أن هناك علاقة موجبة بين نمط الشخصية (أ) ودافع الإنجاز.

وأشارت دراسة خليفة (1995) إلى أن هناك علاقة موجبة بين نمط الشخصية (أ) والطموح والمثابرة والاتقان والحماس للعمل والاستغراق فيه والتحمل والميل إلى تحقيق النجاح، والتخطيط للمستقبل وتخطي العقبات لمنافسة الآخرين وأهمية عامل الزمن والكفاح والمجاهدة لأداء المهام الصعبة بشكل جيد.

وفي مجال علاقة نمطي الشخصية (أ) و(ب) في التفاعلات الاجتماعية فقد بينت دراسة فريدمان وباير (Fridman & Byers) أن التفاعلات الاجتماعية من

أنواع محددة يمكن أن تؤدي إلى ردود فعل فسيولوجية ضارة على نحو مهم للجسم لدى أفراد النمط (أ) أكثر من أفراد النمط (ب).

أما دراسة دنبار (Denber) عام (1984) التي تناولت عينة تجريبية من المرضى الراقدين في المستشفى والمصابين بالذبحة الصدرية في الشريان التاجي، والتي اختارت المجموعة الضابطة من ردهات الكسور بالتكافؤ بين المجموعتين، فقد توصلت هذه الدراسة إلى أن أفراد المجموعة الضابطة يتسمون بأنهم مهيئون أو أكثر عرضة للوقوع في الحوادث (Accident Prone) وأنهم يتصفون بالاندفاعية والمغامرة أكثر من كونهم يتسمون بالحزم والرزانة. بينما وجد أن هناك نسبة عالية من المصابين بالذبحة الصدرية أو مرض الشريان التاجي (Coronary) كانوا يتسمون بالطموح والنشاط الاستقلالي.

يتضح مما سبق كيف تم التطور التاريخي من تراكم ونمو المعلومات والأفكار الفلسفية والتأملية، إذ أصّل أبو قراط الأنماط الأربعة للشخصية لمفهوم النمط. وفي مرحلة لاحقة ظهرت التصنيفات البيولوجية التي تفترض وجود الروابط بين الشخصية الإنسانية وبين بنيته الجسدية.

ومن أهم التصنيفات، التصنيف الفلسفي لجالينوس وكانت والتصنيف العصبي لنساراتي وتقسيم كرتشمر. ومن ثم سجل علم النفس ظهور التحليل النفسي الذي طرح تصنيف فرويد، وما لبث هذا التصنيف أن طوّر على أيدي رايخ ولوفن. ومع ظهور علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي وكلام يونج عن اللاوعي، كان لا بد ليونج من معالجة إشكالية الشخصية من منظور الأنماط وعليه فقد أتى بتقسيمه للشخصية إلى نمطين، هما النمط المنبسط والنمط المنطوي. وبعدها جاء تصنيف النظريات العاملية الحديثة التي دفعت بالشخصية إلى الأمام خطوات كبيرة من خلال التقدم المنهجي الذي نتج عن استخدام التحليل العاملي في وصف وتصنيف سمات الشخصية وخصائصها، وفي الوقت

الذي ظهر فيه ذلك ظهرت المدرسة السلوكية الجديدة التي عبرت عن رأيها في رفض مصطلح نمط الشخصية واستبداله بالنمط السلوكي.

في بداية الستينات من القرن العشرين بدأت واحدة من أهم طرق البحث في مسألة الشخصيات الميّالة إلى التعرض لضغوط الحياة، عندما وضع اثنان من أطباء الاختصاص بأمراض القلب وهما ماير فريدمان وروزنمان تخطيطاً لشخصية المرء المهيأ للإصابة القلبية وتعرّفا من خلال دراستهما على نمطين سلوكيين وهما الآن من اشهر الأنماط السلوكية.

1. النمط السلوكي (أ) الذي هو أكثر عرضه لأمراض الشريان التاجي، إذ إن أصحاب هذا النمط يتصرفون بأسلوب مشابه من التنافس والعدائية وفقدان الصبر ... آلخ).
2. النمط السلوكي (ب) وهو على العكس من النمط السلوكي (أ) وأصحابه أكثر استرخاء وأقل احتمالاً للتعرض لمخاطر الإصابة بأمراض الشريان التاجي.

فكل إضافة لها بلا شك قيمة واضحة ولا يمكن إغفالها ويجب الاهتمام بها، وهناك أسماء كان لها دورها البارز والمميز في تقديم إضافات جوهرية مثل فونت وجوردن، وفرويد ويونج، وآيزنك، والسلوكية الجديدة.

وعلى الرغم من الدراسات العديدة التي أجريت لفحص مكونات نمط الشخصية (أ) إلا أن مفهوم هذا النمط لا يزال يكتنفه الكثير من الغموض، وهناك الكثير من التحفظات حول مفهومه فيما إذا كان من الأفضل تناوله في إطار الشخصية الإنسانية على أنه بعد له دلالة مرضية، أم تناوله ضمن تصنيف إكلينيكي وإحصائي للاضطرابات النفسية على أنه عرض من أعراض مرض قائم بذاته، أو أنه مجرد بديل لمسمى موجود مسبقاً في حين ينظر آخرون إليه على أنه متغير متعدد الأبعاد. بمعنى أن له مكونات سلوكية مثل نفاد الصبر، والتعجل والسرعة، والعدائية والرغبة في الإنجاز ..

وهناك من يؤكد على أن النمط (أ) ما هو الا مكون من مكونات آيزنك للشخصية يلازم صاحبه بشكل دائم، أي أنه نمط مستقر وهو وجه من أوجه العصابية والانبساطية. لذلك فإن النمط (أ) للشخصية لا يزال له حاجة إلى المزيد من الدراسات لتحديد مفهومه وأهم مكوناته وأكثرها قدرة تنبؤية، وهذا يتطلب فحصاً دقيقاً للمقاييس المستخدمة وإجراء دراسة عاملية على عينات كبيرة لتحديد أهم المكونات ومن ثم دراسة مدى فاعلية هذه المكونات. فالأساس المتين للحكم على أي مفهوم حديث في مجال الشخصية يعتمد على مدى قابلية استخراج النتائج عبر عينات مختلفة في المجتمع الواحد وعبر المجتمعات والثقافات، فضلاً عن الاتساق بين نتائج الدراسات المتعلقة بالفروق بين المجموعات معروفة الخصائص مسبقاً والارتباطات بين المتغيرات والتشابه بين العوامل المستخرجة.

خلفية نظرية لدافعية الحماية:

إن جذور دافعية الحماية تكمن في الخوف من المرض، وإن الخوف هو شعور بشري مدرك في أوقات ما خلال حياة الإنسان اليومية وليس شعوراً متأصلاً (متلازماً) وإنما هو شعور مكتسب خلال مشاهدات وخبرات سابقة. أي أن الخوف يزيد بعد مشاهدة الفرد لنتيجة سيئة في موقف سابق أو تجربته لها.

وبقدر تعلق الأمر بالصحة، يعد الخوف سبباً للالتزام بالوصايا التي يجب اتباعها لتلافي الإصابة بضرر ما. وهذا ما يسمى بدوافع الخوف. ويعتمد الشعور بالخوف على نوع النتيجة السيئة واحتمال وقوعها، والوصف البصري لها وكذلك درجة التركيز على المفاهيم السيئة للنتائج. وإن الهدف من الشعور بالخوف هو منع الاستجابة لأشياء قد تنتج عواقب سيئة.

وكان يُعتقد أن الشعور بالخوف يدفع مباشرة إلى التغيير في السلوك، هذا ما دفع يانز (Janis) إلى أن يتبنى الخوف إنموذجاً مكتسباً للدافعية وتغيير وجهات النظر. وقد افترض يانز (Janis, 1967) أن الناس مقادون في أن يتغيروا

بسبب رغبتهم في تجنب النتائج السلبية أكثر من كونهم مقادين على أن يتغيروا من أجل تقليل مستوى الخوف الذي يشعرون به. وأن تقليل مستوى الخوف هذا يقودهم لتغيير وجهات نظرهم.

وقد خالفت بعض الدراسات هذا الأنموذج، إذ أهملت الربط المباشر بين تغيير وجهات النظر وسبب انقياد الناس لها. وأخيراً فقد طوّر ليفنتل (Leventhel, 1970) الأنموذج الذي يفترض بأن تغيّر السلوك هو نتيجة محاولات السيطرة على الخطر القريب الحدوث وليس محاولات لتقليل الخوف. وكذلك افترض بأن الاستجابات المعرفية والانفعالية لدوافع الخوف تحدث دون أن تؤثر إحداهما على الأخرى.

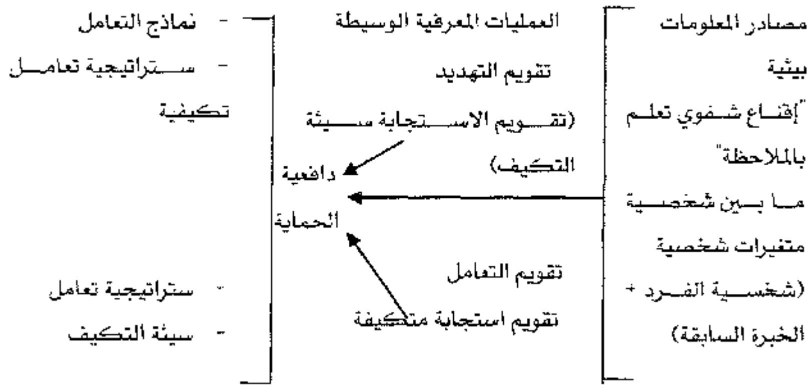
وقد أثرت هذه الفرضية على تطور فرضية روجرز عام (1975) لدافعية الحماية. وبسبب انتشار أفكار لازاروس (1966) وليفينتل عام (1970) وتفوقها أراد روجرز أن يعمل أنموذجا متطوراً فيه وسائل دقيقة لقياس دوافع الخوف ومقارنتها. وقد ربط روجرز. و (.Rogers. w) بين تأثير دوافع الخوف وبين الترقب. وأكد أن هناك ثلاثة أجزاء أساسية لدافع الخوف. وهي مستوى نوعيات الحدث المكروه (غير المرغوب حدوثه)، و(قيمة ذلك الحدث)، و(احتمال ما سيقع) إذا لم يتم التحرز لذلك. وكذلك وجود الوسائل المؤثرة في تجنب هذا الحدث. وبمرور الوقت تطور الشكل الأساس ليكوّن نظرية دافعية الحماية المستخدمة في يومنا هذا في كثير من الأبحاث المعاصرة. وبشكل واسع النطاق في السلوك المتعلق بالصحة كما استخدمت وبشكل متكرر على أنها إطار عمل للتداخلات التربوية الصحية المصممة للتأثير على السلوك الصحي الوقائي، وتعزيز أساليب الحياة الصحية والسلوك الصحي التشخيصي ومنع الأمراض.

نظرية دافعية الحماية : Protection Motivation Theory (pmt)

اقترح العالم الأمريكي رونالد. و. روجرز (Ronald.W. Rogers) نظرية دافعية الحماية. وأعطى وصفاً كاملاً للنظرية من عامي (1975 - 1983).

وتعد هذه النظرية أحد أشكال المعلومات وصيغها الخاصة بتأثيرات التهديد على الصحة وعلى التغيّر الحاصل في المواقف والسلوك. ونشأت لتوضيح تأثير نزعات الخوف على الإقناع.

وعلى الرغم من أن نظرية دافعية الحماية (Pmt) قد تستخدم لدراسة المعتقدات الصحية الثابتة لدى الأفراد إلا أنها تؤكد على التغيرات للمواقف والسلوك التي تتمخض عن الاتصالات المقنعة. والشكلان (1) و(2) يوضحان ذلك.



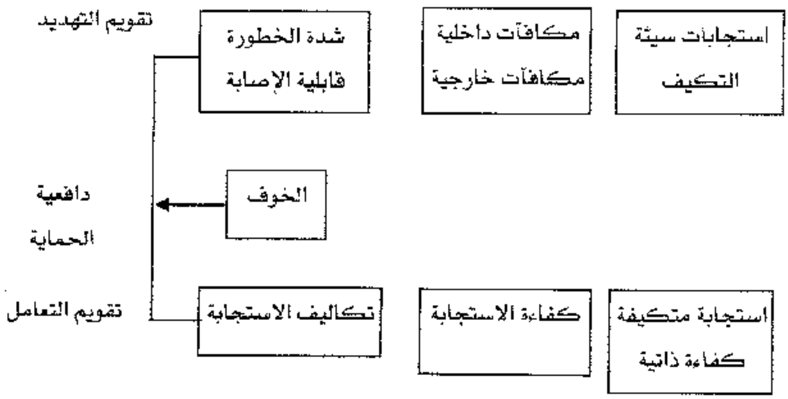
الشكل (1) : مصادر المعلومات لدافعية الحماية .

وكما هو موضح في الشكل (1) فإن العديد من مصادر المعلومات قد تبادر بالعمليات المعرفية الوسيطة (Congintive Mediating Processes) التي هي بؤرة نظرية (pmt). وتصنّف هذه المصادر على أنها بيئية مثل الإقناع الشفوي (خصوصاً نزعات الخوف) والتعلم بالملاحظة (رؤية ما يحدث للآخرين) أو أنها بين شخصية، وتشمل شخصية الفرد والخبرة السابقة للتهديدات المماثلة. وأن مثل هذه التغذية الراجعة من الفعاليات المصاحبة قد تؤثر على ردود الفعل تجاه التهديدات على الصحة أن المعلومات الخاصة بالتهديد على الصحة تبادر بالعمليات المعرفية

الوسيطة، وتقومَ هذه العمليات الاستجابات السيئة التكيف (وتعني إنكار المرء للتهديد الصحي أو تجنبه للتهديد الذي يثير الخوف) أو الاستجابات المتكيفة (ويقصد بها نية المرء في تحسين صحته).

وبالنسبة للعديد من المشاكل الصحية فإن هناك استجابة واحدة هي السيئة التكيف أو المتكيفة (مثل التدخين أو التوقف عنه) وهكذا بالنسبة للمشاكل الأخرى (مثل الحمية غير المناسبة، ونقص التمارين البدنية) أي تكون هناك استجابة لكل نوع.

وتتضح العمليات المعرفية الوسيطة في الشكل (2). فتقويم التهديد من شأنه أن يُقّوم الاستجابة السيئة التكيف والتي قد تكون سلوكاً جارياً مثل (الضرر من التدخين). وتنطوي عوامل تقويم التهديد التي تزيد من احتمال الاستجابة السيئة التكيف على المكافآت الداخلية (مثل المتعة البدنية والنفسية)، أو المكافآت الخارجية (مثل موافقة الأقران والأعراف الاجتماعية). أما عوامل تقويم التهديد.



الشكل (2) : العمليات المعرفية الوسيطة لدافعية الحماية

التي تقلل من احتمال الاستجابة السيئة التكيف فهي شدة التهديد (الخطورة) والتوقع من التعرض للتهديد ويُعّرف الأخير في نظرية (pmt) الأصلية

على أنه "الاحتمال المشروط بأن الحدث (المرض) سيحدث شريطة عدم أداء أي سلوك متكيف أو عدم وجود تعديل للميل السلوكي الموجود. وهو يسمى الآن بقابلية الإصابة. وتشير الخطورة (الشدة) إلى درجة الأذى المادي، والأذى النفسي (مثل تقدير الذات) والتهديدات الاجتماعية (مثل العلاقات العائلية وعلاقات العمل) والمخاطر على الآخرين فيما إذا مارس الفرد أو فكر في ممارسة السلوك غير الصحي. ويفترض أن تقويم هذه العوامل يتلخص رياضياً كي يؤول إلى تقويم نهائي للتهديد.

في دراسة لمرجراف وفيلبس تحت عنوان "دافعية الحماية وعلاقتها بتناول الكحول المفرط في مناسبة واحدة" التي استهدفت معرفة دور المتغيرات الوسيطة لدافعية الحماية في التنبؤ بنوايا تناول الكحول في مناسبة واحدة وسلوكياته، ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق أسلوب المقابلة المقننة (Interview) ومقياس دافعية الحماية للكحول(C. P. M. S) على عينة بلغت (123) من الذكور والإناث، منهم (32) من الذكور و(91) من الإناث، وبعد معالجة البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى أن دافعية الحماية مؤشراً للتنبؤ بالنوايا السلوكية لتناول الكحول بكميات صحية لمناسبة واحدة، كما وأن هناك علاقة موجبة بين (الخطورة وقابلية الإصابة) والنوايا السلوكية علماً أن الخطورة ذات تأثير ملحوظ.

ويؤدي الخوف دوراً غير مباشر في تقويم التهديد. إذ وجدت كثير من البحوث أن الخوف يؤثر على تغيير السلوك والمواقف ليس بشكل مباشر وإنما بشكل غير مباشر عن طريق التأثير الناتج عن تقويم شدة الخطورة. وأن الخوف يسهل عملية التغير في السلوك وذلك لأن الخوف يُحفز من دافعية المرء لحماية ذاته، ومن أجل هذا التغير بالطريقة الصحيحة أشار روجرز إلى أن على المرء أن يتبع ما يأتي:-

1. أن يكون الهدف مقنعاً، أي أن المخاطر يجب أن تكون حقيقية.
2. أن تكون الأعمال التي يوصى بها لتجنب الخطر فعّالة.

3. إقناع الأشخاص بأن المخاطر قد تكون محتملة الحدوث.

4. يجب أن يعتقد الأشخاص أنهم يستطيعون تنفيذ الحماية بشكل فعال.

ودراسة ماداكس وورتل (Maddux & Wurtale, 2000) تحت عنوان "استخدام المعلومات للإقلاع عن التدخين" استهدفت التحفيز على الإقلاع عن التدخين والتوقف عنه لعدد من البيوت، ولتحقيق هذا الهدف تم تصميم وسائل الإقناع لوصف النتائج غير المريحة لأنواع السجائر (Somking) والرادون (Rodon) وهو نوع من أنواع الغازات التي تسبب الإصابة بسرطان الرئة، وقد أُخذ دليل الرادون للمواطن من وكالة حماية البيئة، فضلاً عن الاستشارة الهاتفية. وبلغت العينة (714) من الذكور والإناث، تم اختيارها بطريقة عشوائية؛ وتوصلت الدراسة إلى أن التوقف عن التدخين لأغلب أفراد العينة كان لمدة زمنية تتراوح بين (3 أشهر و12 شهراً)، كما أن كراس (دليل) المعلومات عُدّ اتجاهاً مهماً جداً في الإقناع للتوقف عن التدخين. وأن الاستشارة الهاتفية هي الطريقة الكفء للوصول إلى تدخين اعتيادي.

وفي دراسة مماثلة لروجرز (Rogers. W. 1975) من مجموعة الدراسات التجريبية حول الخوف، التي استهدفت الإقلاع عن التدخين، وذلك على عينة من المراهقين، توصلت إلى أن المدخنين في حالة التهديد العالي، قد توقفوا عن التدخين بشكل كامل ولمدة سنة واحدة.

وهناك دراسات أخرى نحو هذا الموضوع قام بها كل من روجرز وشتيلوايت (1970) وهاس وباكلي وروجرز (1975)، وروجرز وديكنز (1975)، وروجرز وميوبرون (1976)، وديكنز وميوبرون (1978)، وستن ومارش وماتسن (1995)، ومادوكس وروجرز (1983)، وستاين (1983)، وسيترج (1996).

إن عملية تقويم التعامل (Coping) تجري من خلال تقويم قدرة الفرد على التماشي (المواكبة) مع خطر التهديد أو تجنبه. وكما هو موضح في الشكل (2) فإن عوامل تقويم التعامل التي تزيد من احتمالية الاستجابة المتكيفة هي الاعتقاد

بأن استجابة التعامل الموصى بها هي استجابة مؤثرة "كفاءة الاستجابة" مثل (إيقاف التدخين هي طريقة مؤثرة، لتجنب المخاطر المرتبطة بالتدخين) وأن مثل هذه الاستجابة تحقق أو تؤدي إلى استجابة تعاملية ناجحة "الكفاءة الذاتية" مثل إمكانية الفرد في التغلب على صعوبة التوقف عن التدخين. أما تقويم التعامل فهو خلاصة تقويمات كفاءة الاستجابة والكفاءة الذاتية ناقصاً أيّة "تكاليف" مادية أو نفسية في تبني الاستجابة المتكيفة الموصى بها.

وعلى الرغم من أن تكاليف الاستجابة والكفاءة الذاتية مرتبطة إلا أن من المفيد التمييز بينهما من حيث المفهوم، فالكفاءة الذاتية تشير إلى المعتقدات الخاصة بقدرة الفرد وجهده. (مثل أنا اشك بقوة إرادتي)، والتي يمكن أن تكون مستقلة عن تكاليف الاستجابة في وضع معين، وهكذا فإن الأفراد ذوي المعتقدات الضعيفة في كفاءتهم الذاتية قد يقاومون أمام تكاليف الاستجابة.

واشارت دراسة كايميرا (Kimura, 1990) تحت عنوان "تأثير التهديد على الإقناع في تبني السلوك الصحي الوقائي" والتي استهدفت معرفة تأثيرات التهديد من وجهه نظرية دافعية الحماية، إذ تم تطبيق مقياس دافعية الحماية للسلوك الصحي، وبعد تحليل البيانات إحصائياً باستخدام تحليل التباين (ANOVA) تبيّن وجود علاقة موجبة بين التهديد وكلٍّ من كفاءة الاستجابة والكفاءة الذاتية في الإقناع في تبني سلوك صحي وقائي. كما أن هناك علاقة سلبية بين تكاليف الاستجابة والإقناع.

وفيما يتعلق بالسياق الزمني للعمليات المعرفية الوسيطة فقد أوضح روجرز(1975) في الصياغة الأصلية لنظرية (pmt) أن الفرد معرض إلى اتصالات الإقناع التي تحدد العواقب الوخيمة للصحة، نتيجة لمسلك عمل محدد ، كما يتعرض إلى التوصيات التي يمكن أن تجنب الخطر إذا تبنى الفرد مواقف مناسبة وعمل وفق أسسها، وهذا ما أكدته كثير من الدراسات التي طبقت نظرية دافعية الحماية في أنها تعرض دائماً المعلومات الصحية بالسياق نفسه، أي

معلومات مهددة ويعقبها معلومات عن ستراتيجية التعامل الناجح، فضلاً عن ذلك فإن الدراسات الأصلية لنزعات الخوف وتغير المواقف قد اتخذت وسيلة تعلم، بأن يتعلم الفرد تجنب العمل الخطِر على الصحة بشكل عام واكتساب حافز الخوف. وبهذا تفترض نظرية دافعية الحماية أن الدافعية يجب أن تكون موجودة أولاً لأجل المبادرة بعملية ستراتيجية التعامل الناجح.

ويعد مقدار دافعية الحماية المستنبط لفرد ما هو وظيفة التهديد وعمليات تقويم التعامل. ويمكن أن يقاس بطرائق عديدة إلا أنه يفترض أن أفضل قياس هو (المقاصد) الأهداف السلوكية. وسعت دراسات في تطبيق نظرية دافعية الحماية أن تدفع الأفراد نحو صنع القرار بقبول التوصيات التي تخص الصحة، وهكذا فالنوايا السلوكية هي مؤشر جيد لأثر الإقناع.

نقطتان أُخريان ينبغي طرحهما حول العمليات المعرفية الوسيطة في نظرية (pmt).

أولاً: لعوامل تقويم التهديد والتقويم الخاص بالتعامل معانٍ غنية ممكن إدراكها بطرائق مختلفة. مثلاً استنتج باترسون ونيو فيلد Neufeld, (Paterson & 1987) من الأدبيات الخاصة بالضغوط (Stress) أن الخطورة تكونت من عدد من الأهداف المهددة، وأهمية كل هدف منها، ومدى التوسع لهذه الأهداف التي يمكن أن تكون قد حدثت الحادثة ضمنه.

وقد توجد أبعاد أخرى للخطورة في أجراءات العمل التكيفي لتجنب السلوك غير الصحي مثل (الشدة، والمدة الزمنية، والتكرار، ومعدل البداية). وفي دراسة أخرى للكفاءة الذاتية (Self – efficancy) تحددت الأهداف بالقدرة والجهد وبداية العمل والمقاومة. وهكذا فإن الحدود الرئيسة للبحوث المستقبلية سوف تنصب على إيجاد أوجه مختلفة لمكونات نظرية دافعية الحماية التي لها أهمية نظرية وعملية.

ثانياً: لا تفترض نظرية دافعية الحماية أن صانع القرار شخص عقلاني، إذ يمكن أن يظهر نزعة ميول سلوكية لانهزام الذات، وهناك فروقٌ في الكيفية التي يعالج بها الأفراد المعلومات الصحية، إذ بينت نتائج البحوث المتعلقة بالأسباب عن هذا الموضوع أن الأفراد غالباً ما يغيرون بطريقة غير واعية معنى المعلومات ويفشلون في دراسة كل التفسيرات الممكنة كما يفشلون أيضا في الأخذ بنظر الاعتبار أكثر من طريقة واحدة. وتوجد نزعات عديدة أو ميول أخرى في تفكير الإنسان (مثل نزعة التأكد من المعلومات "إثبات المعلومات وبرهنتها"، وإرادته في الكشف عن المعلومات، والحفاظ على المعتقدات، وانغلاق الفرد على معلوماته غير الناضجة).

إن أي تغيّر في التعامل يقوم على التغذية الراجعة إلى أنها مصدر للمعلومات في نظرية دافعية الحماية باعتبار ذلك خبرة سابقة كما هو موضح في شكل (أ). وأن التغذية الراجعة ستؤدي حتماً إلى تقويمات التهديد ومصادر التعامل. وإن التغيرات في المواقف والسلوك التي تتمخض عن المعلومات الصحية قد تتطلب تدخلات إضافية مثل التدريب لمنع الانتكاس، (العودة إلى السلوك غير الصحي)، ومعالجات تعزيزية، ومحاولات للتعامل مع أي تأثير للانتهاك. مع ذلك فإن الأفراد ذوي الدافعية الناجحة أو الإقناع الناجح في حماية أنفسهم يشكلون خطوة مهمة في الوقاية من المرض وتعزيز الصحة.

وفيما يتعلق باختبار متغيرات نظرية دافعية الحماية فمنذ البداية قدمت هذه النظرية عدداً كبيراً من الاختبارات لمتغيراتها الأربعة الأساسية: الخطورة (الشدة)، وقابلية الإصابة، وكفاءة الاستجابة، والكفاءة الذاتية، وإن دراسات أخرى قد قومت مكافآت الاستجابة السيئة التكيف وتكاليف الاستجابة المرتبطة بالسلوك المتكيف. كما تم طرح نقاط عديدة لاختبار التأثيرات الرئيسة الموجودة في بحوث نظرية دافعية الحماية وهي:

أولاً: لقد أجريت دراسات واسعة لمواضيع الحماية من الأمراض، ومنع الضرر النفسي، وتعزيز الصحة وحماية الآخرين. وقد تم تطبيق نظرية دافعية الحماية (pmt) في حوالي أكثر من 30 موضوعاً مختلفاً.

ثانياً: على الرغم من أن أغلب القياسات المعتمدة كانت عبارة عن نوايا سلوكية إلا أن العديد منها يشكل سلوكيات علنية.

ثالثاً: أخفق عدد قليل من الباحثين في إيجاد التأثيرات المتوقعة.

رابعاً: أن التأثيرات الافتراضية لنظرية دافعية الحماية وجدت مع البحوث التجريبية والارتباطية. وأخيراً فإن البحث حول هذه النظرية يبدو أنه تقدم ولاسيما من أواسط الثمانينات من القرن العشرين.

وبالنظر إلى تقويم التهديد فقد بينت النتائج الثابتة في بحوث نظرية دافعية الحماية أن الزيادة في الخطورة (الشدة) أو قابلية الإصابة المدركة أو كلتيهما تؤدي إلى نوايا سلوكية كبيرة للتصرف بطرق صحية. وأن مجموعة كبيرة من الدراسات ذكرت تأثيرات مهمة. إذ إن عدد الدراسات التي ذكرت التأثيرات المهمة على التوالي 21 من 23 بالنسبة للخطورة و17 من 18 بالنسبة لقابلية الإصابة المدركة و7 من 8 بالنسبة إلى علاقة الخطورة فضلاً عن قابلية الإصابة المدركة. وإن المعالجات القوية للتهديد قد تتغلب على قابلية الإصابة المدركة التي تكون لدى الكثير من الأفراد.(Weinstein, 1993, pp. 324 - 333) كما قد تكون قابلية الإصابة المدركة مطلوبة للتغلب على التفاؤل غير الواقعي لدى أغلب الأفراد.

ومن الواضح أن المكافآت المرتبطة بالاستجابة السيئة التكيف هي الأقل بحثاً في متغيرات نظرية دافعية الحماية. وفي مسح للبالغين حول سرطان الجلد ارتبطت المكافآت ذات العلاقة باسمرار الجلد بالنوايا الضعيفة في اتخاذ الاحتراسات (الوقاية).

وفيما يتعلق بتقويم التعامل قام ستين (Stihen) عام 1982 بتحليل38 دراسة من الاتصالات التي تثير الخوف التي نشرت بين عامي 1953و1980. و كان أحد استنتاجاته الرئيسة أن الزيادة في كفاءة العمل الموصى به قد عززت نوايا باتخاذ هذا العمل (Stihen, 1982)، كما أن العدد الكلي للدراسات التي ذكرت التأثيرات المهمة هي على التوالي 28 من31 لكفاءة الاستجابة و24 من 26 للكفاءة الذاتية و2 من 3 لعلاقة الاستجابة فضلاً عن الكفاءة الذاتية. وبشكل عام تشير النتائج في الدراسات المستمرة للكفاءة الذاتية إلى أن المعتقدات التي يحملها الفرد خارج نطاق التوصيات الصحية مهمةٌ لقرار الفرد في العمل. وللكفاءة الذاتية دورٌ كبيرٌ في صحة الأطفال. وقد وجد ستيجر وروجرز (Stuger & Rogers. w, 1996) أن هذه المعتقدات أكثر وضوحاً منها لدى البالغين.

وقد أجريت اختبارات حول تكاليف الاستجابة المرتبطة بالاستجابة المتكيفة وتوصلت إلى أن النوايا بالعمل بشكل متكيف تتأثر بتكاليف الاستجابة. ونظراً إلى تفاعل تقويم التهديد وتقويم التعامل فقد وجد أن متغيري تقويم التهديد والتعامل يتفاعلان في حوالي نصف الدراسات التي جرى اختبارها. وأن التفاعلات تميل إلى الظهور عندما يكون التهديد قوياً بشكل خاص. فهي في مجملها تفاعلات منتكسة (مرتدة). مثلاً وجد سلف وروجرز (Self & Rogers, 1990) أن زيادة مستوى التهديد يعزز النوايا في استهلاك تناول الكحول بشكل معتدل فإذا كان الأفراد يؤمنون بأن يتماشوا مع التهديد، أو أنهم لا يؤمنون بأن يتماشوا بشكل فعّال مع التهديد فإن الزيادة في التهديد تظهر نوايا إلى تناول الكحول بشكل أكثر.

وأوضحت كثير من الأدبيات أن الأفراد يستجيبون إلى التهديدات بطرق مختلفة، وأن رسائل المعلومات الصحية المقنعة قد تؤدي تحت بعض الظروف إلى ستراتيجية تعامل سيئة التكيف مع التهديد الصحي. وقد تكون هناك ستراتيجية

تعامل (مثل حل المشاكل العقلانية والبحث عن الإسناد الاجتماعي) الذي يعد أسلوباً متكيفاً للنوايا السلوكية.

لقد وجد ريبتو وروجرز (Rippeto & Rogers, 1987) أن التهديد العالي قاد إلى استخدام ستراتيجية التعامل السيئة التكيف والمتكيفة. كما وجد باحثون آخرون أن طبيعة التهديد يمكن أن يؤدي إلى أكثر من ستراتيجية من التعامل. مثلاً وجد هانسل وتورن وبرتس وديون (Hansell & Thorn, Prentice, & Dunn, 1997) أن النساء اللواتي ينظرن إلى المشاكل النسائية (الفحص الذاتي للثدي) على أنه تهديد أدى بهن ذلك إلى استخدام عمل غير عقلاني مثل أحلام اليقظة والإيمان بالقدر أكثر من النساء اللواتي ينظرن إلى المشكلة على أنها تحدٍّ (Hansell et all, 1997) ومن ناحية أخرى وجد كل من شيفر وبلطينا وهوبيرج (Schaefer,Bultena &Hoiberg,1993) أن الأفراد الذين ينظرون إلى الطعام على أنه غير أمين وأنه تهديد صحي خطير استخدموا ستراتيجية تعامل تكيفيه أكثر من الأفراد الذين لا ينظرون إلى الطعام بالطريقة نفسها.

كما وجد ليبرمان وجايكن(Liberman & Chaiken, 1992) أن التهديد الصحي يؤثر على النوايا السلوكية. وكذلك يحفز ثلاثة أنواع محددة من الدفاعات هي التجنب (محاولة عدم التفكير بالتهديد) والإحباط (الاعتقاد بعدم وجود حل دون القدرة على قبول الحالة الصحية) وأحلام اليقظة (الحلم بحلول غير واقعية).

وهكذا فإن ريبتو وروجرز قد كشفا أن التهديد يمكن أن يبادر بمعالجة تخدم هدفين أو دافعين هما هدف أن يكون هناك تقويم واقعي للتهديد وكيفية تعامل بأفضل ما يمكن فيما يخص المعلومات الصحية، وهدف الدفاع عن العادات غير الصحية لدى المرء وهو أقل علاقة بصفة الجدل والنقاش. وأن هذين الهدفين من شأنهما أن يكرسا في تعامل متكيف وتعامل غير متكيف على التعاقب.

ومـن الطرائـق الأكثـر ملائمـة والـتي تعـد خطـوة مهمـة في تحـوير السـلوك الصحي ونقطة انطلاق لدوافع السلوك الوقـائي هـي المعتقـدات الصـحية، فالمدخن لـن يتوقـف عـن التـدخين حتـى يـتم إقناعـه بـان هنـاك حاجـة للإقنـاع أو الإقـلاع، وكذلك الفرد البدين لن يقلص من وزنه حتى يطور عنده دافع تقليص الوزن.

وبناءً على ذلك فقد بدأ الباحثون بمجموعة من الجهود كانت بداية الطريق لـ(أنمـوذج المعتقـدات الصـحية)(Health Beliefs Model) أو مـا يسـمى بـأنموذج القناعات الصحية، الذي ظهر في الخمسينات من القرن العشرين والـذي يعـد رائـد نظريات السلوك الصحي الحديثة، والذي يركز على نوعين مـن المفاهيم للسلوك الصحي، همـا: إدراك التهديـد، وتقـويم السـلوك. إذ إن إدراك التهديـد يعتمـد علـى نـوعين مـن المعتقـدات وهمـا القابليـة للإصـابة (الاعـتلال الصـحي) والخطـورة المدركـة. أمـا تقـويم السـلوك فيشـمل مجمـوعتين مـن المعتقـدات المتعلقـة بالفوائـد Benefits مـن السـلوك الصـحي الموصـى بـه والموانـع المدركـة للقيـام بالتصرف Perceived Barriers to Action.

ووفقـاً لهـذا الأنمـوذج القـائم علـى خـبرة التهديـد والرؤيـة الشخصـية للموانـع والفوائـد المدركـة فـإن الأفـراد لا يقومـون بتصـرف صـحي إلا بعـد أن يـدركوا الخطـر الجـدي للمـرض، ويشـعروا بـأنهم مهـددون شخصـياً، ومقتنعـون بفاعليـة إجراءات الشفاء التي يمكـن أن يقوموا بها من جانبهم من خلال الجهد المبذول.

إن إدراك الخطر ينتج على انه وظيفة للأهمية المدركة لحدث ما واحتمال ظهـوره المـدرك. وفـي أنمـوذج المعتقـدات الصـحية يطـابق هـذا تقريبـاً درجـة الشـدة (الخطـر) والقابليـة للإصـابة وهـذا مـا أثبتـه (Kirch & Weinstein) عـام 1988 إذ أثبتـا أن الخطـورة، ينبغـي ان تصـل إلى درجـة معينـة لتحتـل رقمـاً في القـرارات الصحية، وحالما يتم التوصل إلى هذه الدرجة المعينة فإن القرارات هنا تعني وظيفة مـن وظـائف الأهميـة المدركـة لاحتمـال التعـرض للحـدث أو الإصـابة. فعلـى سـبيل المثـال، قـد يغـير الفـرد في نظامـه الغـذائي ليتضـمن أطعمـة ذات نسـبة أقـل مـن

الكولسترول عندما يشعر بدرجة خطورة عالية وباحتمالية الإصابة بمرض القلب أو بقابلية الإصابة.

وتتعلق الجدية التي يدرك بها الفرد مرضاً ما (درجة الخطورة) بالمعرفة حول سمات هذا المرض (المنشأ، والمجرى، والإعاقة) من جهة، وعمليات الموازنة الاجتماعية من جهة أخرى. ويعد الانتشار المدرك لمرض ما كاشفاً عن درجة خطورته، ولاسيما عندما لا يعرف الإنسان أي شيء عن هذا المرض، إذ قام كل من (يموت وآخرين) عام 1986 بتجربة تصنيع عامل خطر وقاموا بالإيحاء إلى أن هذا الخطر منتشر بدرجة عالية وبدرجة قليلة في الوقت نفسه، وذلك من خلال قيامهم بتغيير عدد المرضى الموهومين في المجموعة المرجعيةReference Group إذ (لم يكتشف) الفرد عامل الخطر هذا إثناء ذلك عند أغلب الأفراد الآخرين (انتشار منخفض)، فكان يُقدِّر الخطر بصورة جدية، أما إذا اكتشف أن الآخرين يملكون عامل الخطر هذا (انتشار عالٍ) فإن تقديره للخطر بدا طبيعياً، إي أقل تهديداً.

وكما تخضع درجة الخطورة للإدراك المشوه الذي أطلق عليه واينشتاين (Weinstein)(التفاؤل غير الواقعي)، وفيه يميل الفرد للاعتقاد بأنه أقل عرضة للإصابة من غيره في حين أنه ليس واقعياً. أي يقلل المرء من أهمية الخطر ببساطة، وقد يؤدي هذا التفاؤل غير الواقعي إلى الاعتقاد بأن التدابير الوقائية الإضافية غير ضرورية.

إذ أشار واينشتاين إلى أن للتفاؤل غير الواقعي أسباباً معرفية ودافعية تكمن في أن الفرد لا يفكر إطلاقا بحماية نفسه من شيء ما، لأنه يعد نفسه غير قابل للإصابة، وان تلك الإصابة قد تحدث للآخرين دونه.

أو أنه يبرر مسلكه غير المرغوب لنمط حياة خطيرة معتاد عليه بأنه في الواقع أقل تعرضاً للخطر من الناس الآخرين وبالتالي يستخدم التفاؤل غير الواقعي على أنه حجة مضادة صالحة ذاتياً لمقاومة متطلبات محيطه الاجتماعي

الذي يريد إقناعه باتباع نمط حياة آخر، وأن هذه الأسباب المعرفية (Cognitive) والدافعية (Motivation) يمكن أن تكون مبنية على أساس معلومات خاطئة، أو نتيجة لخطأ معرفي Cognitive error قد يقع فيه الفرد، على سبيل المثال ما يعتقده شخص في الخمسين من أن مرض السكري مشروط وراثياً، وأنه يمكن أن يظهر عند الشباب فقط (إذ لم أكن قد أصبت به في ذلك الوقت، فإني بالتأكيد لن أصاب به الآن)، أو قد يكون لدى بعض الأفراد صورة عقلية نمطية (Stereotypic Mental, Image) خاصة عن ضحايا الذبحات الصدرية، فإذا كان الفرد ذاته يعتقد بأنها لا تنطبق مع صورته الذهنية عن ضحايا الذبحات الصدرية، فإنه يستبعد احتمال تعرضه للذبحة الصدرية، بعكس الأفراد الذين يعانون من الذبحة الصدرية والذين يتوقعون احتمالات الإصابة. ويمكن أن ينشأ في كثير من الأحيان نوع من الدفاعية(Defensivity)، وهي إحدى الميكانيزمات (الآليات الدفاعية) التي يستخدمها الفرد لخفض القلق. (Kirch,1988, P.7) ويحتمل لها أن تكون فعّالة بالنسبة لتغلب الفرد على أمور الحياة اليومية وذلك بان لا يفكر باستمرار بالأخطار الممكنة وإنما يمارس شؤونه بنشاط وعزم. وربما تفيد النزعة التفاؤلية عن الإنجاز القصير الأمد للأنشطة الروتينية، إلا أنها يمكن أن تسبب مع الزمن دفع ثمن باهظ وآلاماً كبيرة وذلك عندما تظهر أزمة حياة؛ كان يمكن لنا الوقاية منها.

وهناك مسألة واقعة في الظروف التي تؤثر عند تقدير الخطر. فإذا ما سأل شخص ما عن احتمال أن يصاب يوماً ما بسرطان الرئة فإنه يمكن له أن يستجيب من خلال توقع - الموقف - النتيجة، وذلك من خلال إقامة علاقة بين الحدث والوضع الراهن لسلوكه. فهو يمكن مثلاً أن يفكر (إذا ما واصلت التدخين، كما أدخن الآن، فإنني أحمل نوعاً من الخطر)، إلا أنه يمكن له أن يستجيب من خلال السلوك - التوقع - النتيجة، ويفكر (إذا ما توقفت عن

التدخين في وقت (أ) فإن خطر إصابتي بسرطان الرئة هو صفر)، وبهذا تكون الظروف المخمنة التي تؤثر عند تقدير الخطر قد حُددت.

كما يمكن الافتراض أن نوعاً من المواجهة مع مرض ما يثير دافعية السلوك الوقائي، وقد تتبع بورلنغ وسينغلتون (1984) مسألة إلى أي مدى تدفع الإصابة بالذبحة القلبية إلى التخلي عن سلوك خطر، ألا وهو التدخين. ومن أجل هذا الغرض راجعوا أربع عشرة حالة متعلقة بهذا الموضوع. وحسب هذه الدراسات فإن عدد المرضى الذين امتنعوا عن التدخين أو قللوا منه تراوح بين الثلث والنصف فقط. إذ يجب توقع تبدل قصير الأمد على الأقل في السلوك بعد حدث من مثل هذا النوع.

لقد درس فان دير فالدا وآخرين في هولندا العلاقة بين السلوك الجنسي الخطر ومعرفيات الصحة ووجدوا أن هناك متفائلين ومتشائمين وواقعيين، وذلك حسب خبرة الحياة السابقة. فالذين ينتمون إلى مجموعات خطر يدركون على ما يبدو تعرضهم للخطر، إلا أنهم لا يصلون لدرجة الواقعية الضرورية في الواقع. وعلى الرغم من أن خبرة الخطر الذاتية تؤخذ بالحسبان إلا أنها لا تستطيع تصحيح الوهم كلياً. فكيف يمكن للمرء تصوير تأثير الخبرات حتى لو كان هذا التأثير ضئيلاً جداً على تقدير الخطر؟ أن من يصاب بأمر سيئ يعرف أكثر حول الأضرار ويستطيع أجراء تقديرات أكثر واقعية، وفي الوقت نفسه يتعرف على إجراءات الوقاية التي لم يكن يعرف عنها سابقاً شيئاً ويظفر بانطباع عن فعالية مثل تلك الإجراءات.

إن عوامل مثل احتمالية الإصابة ودرجة الشدة (الخطورة) والفعالية تدخل ضمن عملية صنع القرار وذلك من خلال الموازنة بين الفوائد والموانع للتصرف الوقائي. وإلى جانب ذلك تقود الإصابة إلى التواصل المكثف مع الناس الآخرين إذ ينشأ عن هذا الطريق تيار معلومات آخر يؤثر في العوامل المذكورة سلباً أو إيجاباً، وبالتالي فإنه يؤثر بشكل غير مباشر على احتمال السلوك الوقائي.

لقد اهتم واينشتاين (1988، 1989) ضمن أشياء أخرى بتصورات القابلية للإصابة المسيطرة. وقد ميز ثلاث مراحل وصفية ناتجة عن مدى الخبرة الذاتية مع خطر ما، دل على أن الاحتمالية بالإصابة لا يمكن ببساطة أن تعاش إطلاقاً، إذا لم يكن المرء قد سمع شيئاً عن الخطر إطلاقاً. فضلاً عن أنه يجب التمييز فيما إذا كان شيء ما يدرك على أنه خطر بالنسبة للآخرين أو أنه خطر على الشخص نفسه، فعلى سبيل المثال أن تقص المعلومات أو الخبرة عن مرض معين، يتم تحديده في المرتبة الأولى، وذلك عندما يتصرف الفرد وهو لم يسمع في حياته شيئاً عن ذلك المرض، ويمكن أن يكون البديل لذلك: (أنه سمع شيئاً عن ذلك المرض).

في المرتبة الثانية يتعلق الأمر بالخطر المدرك بالنسبة للناس الآخرين إذ تؤدي الخبرة وكذلك الوضوح والثقة بالمعلومات حول هذا الخطر دوراً، (وهذا يعني عدد المصابين أو الذين سيصابون بشكل ضئيل) ويمكن أن يكون البديل لذلك: (يعد ذلك المرض خطيراً نوعاً ما بالنسبة لكثير من الأفراد). وأخيراً في المرتبة الثالثة يتم طرح الارتباط بالفرد ذاته، (قلما يعتقد بأنه سيكون يوماً ما معرضاً لذلك المرض) والبديل لذلك يمكن أن يكون: (أيضاً بالنسبة لي هناك احتمالية الإصابة بالمرض).

إن تحقيق المرتبة الثالثة تتأثر بمدى توافر معلومات حول عوامل الخطر وبمدى احتواء هذه المعلومات للفرد وبمدى توافر معلومات حول الخطر بالنسبة لأعضاء المجموعة المرجعية. وهناك فروق نوعية بين أولئك الذين لم يسمعوا قط عن خطر محدد أو أولئك الذين كانوا قد فكروا ملياً بخطر محدد وبالتالي توصلوا خلال ذلك الرأي إلى أن الخطر المزعوم لا يستحق الاهتمام. فغير العارفين يحتمل أن يستقبلوا المعلومات حول خطر ما وربما يظهرون بالمقابل فضوليين ومنفتحين في حين أن الرافضين يكونون أقرب إلى اختيار تلك المعلومات التي تسهم في دعم موقفهم الذي توصلوا إليه سابقاً.

وعلى الرغم من أن أناساً كُثراً يعرفون أكثر حول الأخطار، إلا أن هذه المعرفة تنتج مساً شخصياً بدرجة ضئيلة جداً. حتى عندما يشعر الفرد بأن هذا يمسه شخصياً (المرتبة الثالثة) فلا ينتج عن ذلك ولا بأي شكل من الأشكال والقصد الرغبة في فعل شيء ما في سبيل الوقاية، إذ قام واينشتاين عام 1988 بإجراء بحث حول ذلك على(342) من طلبة معهد وقد بحث ضمن أشياء أخرى، كم طالباً يعتقد أن ضغط الدم يعد خطرا على الصحة بالنسبة للناس الآخرين (المرتبة الثانية)، بعد ذلك تم توجيه أسئلة إلى كل الذين كانوا يعتقدون ذلك، فيما إذا كانوا يرون بالنسبة لهم خطر المعاناة يوماً ما من ضغط الدم (المرتبة الثالثة)، وقد ظهر أن النصف فقط (8,53٪) كانوا مستعدين للتفكير إلى هذا الحد ومن ضمن هؤلاء اعتقد (81٪) أنهم يستطيعون السيطرة على ارتفاع ضغط الدم المحتمل وقائياً من خلال حمية قليلة بالأملاح. ومن هذا العدد من الطلبة كان (6,17 ٪) فيمن يرغبون في تناول أقل للملح في المستقبل. أما نسبة أولئك الذين تصرفوا طبقاً لذلك فعلاً فيحتمل أن تكون تحت هذه النسبة بكثير. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك فروقاً نوعية بين المراتب متفرقة وأن تحقيق كل مرتبة يتعلق بعدد كبير من المتغيرات. ونتيجة لذلك هناك نزعة تفاؤلية تظهر في التناقض بين تقديرات (المرتبة الثانية والثالثة) وكأن أحدهم يقول إن (الأفراد الآخرين يصابون بذلك المرض، أما أنا فلن أصاب).

كما أن المعلومات العامة حول مرض ما لا تسهم في التغلب على المرتبة الثانية، بل انه يجب إيصال معلومات متخصصة تشير خطر الإصابة الشخصي المرسل إليهم. وقد أسهم بعض علماء النفس في توضيح الفرق بين الإبلاغ عن الخطر وبين المواقف والسلوك. وكان بداية الطريق نظرية التصرف المعقول (Theory of Reasond Action) لـ فايشباين واجزن عام 1975 (Fishbein &AJzen, 1975) وهذه النظرية تحاول الربط بين المواقف الصحية والسلوك، ووفقا لهذه النظرية فإن الممارسة الصحية تعد نتيجة مباشرة للنية السلوكية. وقد

نادى الباحثان بوجهة النظر التي أصبحت اليوم مقبولة عموما والقائلة: بأن جزءً كبيراً جداً من سلوكنا موجه نحو هدف ومقاد داخلياً وبأن الناس ينّمون نوايا محددة تحدد التصرف اللاحق.

ويشكل القصد نقطة النهاية لعملية دافع تنتهي للتصرف المراد، إذا لم تظهر موانع داخلية أو خارجية غير متوقعة تعيق هذا التحويل. والنوايا من جهتها تظهر من خلال المواقف والتوقعات الاجتماعية التي تؤخذ مع بعضها البعض في الحسبان. على سبيل المثال المدخن الذي يعتقد بأن التدخين يسبب عواقب صحية خطيرة ويعتقد أن بقية الناس يتوقعون بأن عليه أن يتوقف عن التدخين، سيكون أكثر احتمالاً أن ينوي الامتناع أو الإقلاع عن التدخين من الفرد الذي لا يمتلك تلك المواقف والتوقعات الاجتماعية.

وفي أحيان أخرى لا يعتمد الناس سلوكاً صحياً على الرغم من النوايا الطيبة. بمعنى أن هناك كثُراً من الناس ينوون أداء سلوك صحي ولكن يفشلون في ذلك. ومن أجل هذه الرؤيا صور هكهيوسن (Heckhausen, 1991) الدافعية والإرادة (Motivation & Volition) بصورة جديدة، فعبر عن الدافعية (الدافع) بأنها طور الاختيار وطور الرغبة في أن يختار فيها المرء بين أهداف تصرف بديلة أو ممكنة، ويمكن للمرء أن يتصور ذلك كما لو أن صراعاً داخلياً موجوداً تحاول فيه الرغبات والطموحات المتناقضة الفوز. فالمرء يصارع على سبيل المثال مع نفسه فيما إذا كان يرغب بتغذية نفسه في المستقبل تغذية صحيحة وأكثر صحية وفيما إذا كان على استعداد لعدم تناول الملذات غير الصحية. ويحدث مثل هذا التحديد للأولويات بالنظر إلى تصورات القيمة والشروط المحيطة وفرص التحقيق. وفي النهاية تربح أحد الإجراءات، وبهذا تتحول النية إلى الهدف. وفي طور (الدافع) يمكن للمرء أن يعزو وظيفة إنهاء صراع الاختيار، وبهذا يتم تخفيض التوتر المرتبط بذلك.

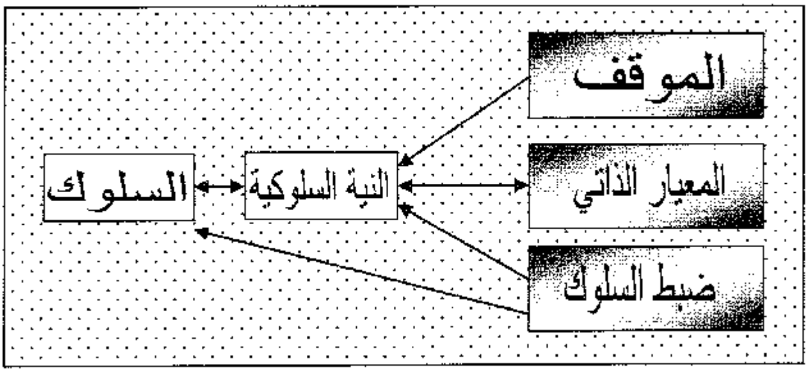
فإذا ما اهتدى المرء في النهاية إلى نية الهدف (مثل: أريد تغذية نفسي بشكل أكثر صحياً) فإنه يدخل فيما يسمى بطور الإرادة. وهنا يتعلق الأمر بتحقيق ممكن للنية. إذ يقسم طور الإرادة بدوره إلى طور ما قبل التصرف وطور التصرف: فقبل أن يحصل التصرف الفعلي لا بد من التحضير له وذلك بأن يوضح المرء لنفسه تخطيطاً لامكانات تحقيق التصرف المختار. وينتهي طور التخطيط بنية تنفيذ عديدة قريبة من التصرف، تسهم في تحقيق نية الهدف المبني قبل ذلك (سوف اشتري الآن غذاء نباتياً، بدلاً من البيض و أعد في الغد فطوراً صحياً).

وفي ضوء ذلك حدد هكهيوسن (1991) أربع مراحل (أطوار) في المبادرة واستمرارية السلوك: قبل القرار، وبعد القرار، والتصرف والتقويم. وفي مرحلة ما قبل القرار يعتقد أن يكون الإدراك الخاص بالرغبة محدداً وذلك مهم في أداء السلوك وتنتهي هذه المرحلة مع الاهتداء إلى نية التغيير. وبعكس ذلك تركز مرحلة (طور) القرار على تطوير الخطط وتنتهي بالمبادرة الناجحة للسلوك. أما في مرحلة التصرف فيركز الفرد على الإنجاز المؤثر لأداء السلوك وتنتهي بنتيجة السلوك. أما في المرحلة التقويمية الأخيرة، فيقارن المرء النتائج المتحققة مع الأهداف الأولية بغية تنظيم استمرارية السلوك.

وحظيت مسألة الكيفية التي يتوصل فيها الإنسان إلى قرار الاهتمام العلمي من الكيفية التي يحول فيها هذا القرار إلى تصرف فعلي.

وهنا يختلف العلماء بشكل خاص حول البناءات النفسية الأكثر تنبئاً وحول تنظيمها السببي (Weinstein, 1993) وقدم أحد مؤسسي نظرية التصرف المعقول أنموذجا موسعاً تحت اسم نظرية السلوك المخطط Blanned behavior Theory (Ajzen,1991) إذ يؤكد على (النوايا السلوكية) على أنها نتيجة لمجموعة من المعتقدات، كما أنها خطط للسعي لأهداف سلوكية. (Ajzen&Madden,1986) والجديد هنا ضبط السلوك الذاتي بوصفه متغير

تدخل آخر إلى جانب الاتجاه (الموقف) والمعيار الذاتي (الدافعية، والضغوط والتوقعات الاجتماعية). كما هو موضح في الشكل (3).



(Kok , 1992 , p . 8)

الشكل (3) نظرية السلوك المخطط

وعلى وفق هذه النظرية يمكن للشخص أن يكون مقتنعاً بأنه يملك بيده تغير الأشياء. وقد أثبتت مجموعة من الدراسات أن هذا المحدد الثالث (سيطرة او ضبط السلوك) ذو تأثير كبير، وينطبق هذا بشكل خاص إذ ما بدل المرء هذا المحدد ببناء قريب ومحدد بصورة أفضل، أي بتوقع الكفاءة (الفعالية)، وقد تم إحياء توقع الكفاءة (ويسمى أيضاً توقع فعالية الذات) من قبل باندورا (1977،1992) الذي برهن بشكل مقنع على الفرق بين كلتا المعرفتين Congnitions توقع النتائج والكفاءة الذاتية (فعالية الذات)

(Out come expectancy and self- Efficacy expectancy)

وقدم عدداً كبيراً من الدلائل التي تؤكد على الدور المركزي لتوقع الكفاءة وإذا اعتقد شخص ما بامتلاكه تصرف تكيفي، فسوف يكون متحفزاً للتعامل مع مشكلة ما بشكل هادف. فضلا عن أنه قد يظهر ان توقع الكفاءة (الفعالية) في التصرف الصحي أيضا هو ذو تأثير مركزي على الدافع

الذي يسهم في تحديد أي تصرف يختاره المرء وفي كمية الجهد الموظف وبمدة تمسك المرء باستراتيجية ما قبل أن يستسلم.

وينبغي لتوقع الكفاءة أن لا يكون غير واقعي جداً وإلا فسوف يقود إلى تصرفات خطيرة يمكن معها أن يصاب المرء بسهولة بالفشل. فهناك علاقة بين فعالية الذات (الكفاءة الذاتية) والسلوك الصحي، قد تم تأكيدها في عدد من الدراسات حول تبني ممارسات صحية، إذ جرى فيها قياس فعالية الذات (الكفاءة الذاتية) لتقويم تأثيراتها الأساسية في تغيير السلوك، مثل دراسة سيدل وآخرين (Seydel, 1990) التي توصلت إلى أن المعرفة حول إجراءات الوقاية الفعالة تعتمد على إمكانات التصرف الذاتية، هذه تتوافر من خلال فعالية الذات (الكفاءة الذاتية) للهدف في الاشتراك في السلوك الصحي مثل الفحص الذاتي للثدي (dsbreast – Self examination) وأن فعالية الذات (الكفاءة الذاتية) قد وجدت في توقع النتائج لبرنامج السيطرة على الكحول كما أثبتت أنها مصدر شخصي قوي متزامن مع التعامل مع الضغوط. وكذلك أثبتت أن فعالية الذات (الكفاءة الذاتية) تعمل سوية مع عوامل الجهد على تقويه وظائف المناعة (Immune Function).

فالفرد الذي يكون لديه معتقدات كفاءة عالية هو قادر على السيطرة على الألم أكثر من أولئك الذين لديهم كفاءة ذاتية واطئة، وهذا ما أكده كل منماينغ ورايت عام (1983) في دراستهما حول الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالألم قبل الولادة وبعدها عند النساء، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك ارتباطاً موجباً بين تحمل الألم وتوقع الكفاءة الذاتية بمعامل ارتباط (0.42).

وأن الضعف الناتج من خلال الإرهاق لجهاز المناعة يمكن أن يتم صده من خلال فعالية الذات (الكفاءة الذاتية)، إذ تتطلب الأمراض المزمنة محاولات تعد فعالة لتخفيف المعاناة للإسراع في الشفاء أو للتأثير على درجة الإعاقة، ويتطلب تشكيل السلوك الصحي الملائم ضمن أشياء أخرى فعالية الذات (الكفاءة

الذاتية)، وقد تم إثبات ذلك مؤخراً من خلال تأثير الكفاءة (الكفاءة الذاتية) على ضغط الدم (Blood Pressure) ومعدل ضربات القلب (heart Rate). وكذلك هو الحال مع العلاج السلوكي المعرفي في معالجة الرُهاب والتهاب المفاصل الذي يعزز معتقدات الأفراد في الكفاءة الذاتية لخفض الألم.

إن الأفراد الذين يملكون درجة عالية من فعالية الذات (الكفاءة الذاتية) يكونون في وضع أقرب إلى التخلي عن أنماط السلوك الخطر والمحافظة على أنماط سلوك صحية لمدة زمنية طويلة بمجرد أن يكونوا قد اقتنعوا مرة واحدة بضرورة ذلك، وأن يكونوا قد اتخذوا قراراً أكيداً. وأن التشجيع على السلوك الصحي يكون دون فعالية الذات غير ممكن إطلاقاً، على سبيل المثال يمكن السيطرة على الوزن والتغذية والوقاية عن طريق المعتقدات بالكفاءة الذاتية.

وفي دراسة قام بها ليبين (1992) تم فحص (مئة وست وأربعين امراه) ذوات زيادة في الوزن وقد توصلت الدراسة إلى أن توقعات الكفاءة الذاتية استطاعت التنبؤ بسلوك التغذية اللاحق وتخفيض الوزن فقط عندما كانت هناك ظروف أخرى متوافرة في الوقت نفسه. فقد اختارت النساء غذاء أكثر صحية على سبيل المثال عندما تم اخبارهن مسبقاً أنهن يحملن خطر ارتفاع ضغط الدم، وعندما أوضحت لهن خطورة ضغط الدم المرتفع واعتبرن أنفسهن في الوقت نفسه أنهن يستطعن تنظيم تناول الغذاء. وقد انخفض وزن الجسد عند أولئك اللواتي يدركن خطراً عالياً على الصحة وفي الوقت نفسه وثقن بإمكانات تصرفهن الذاتية. ومن الظاهر أن على المرء أن يشعر أولاً أنه معرض شخصياً لخطر ما قبل أن يُحَوِل إلى تصرفات وقائية فعالة.

وهناك دراسات أخرى نحو هذا الموضوع قام بها كل من باكوزي ووارشو (1990)، وساليس وبينكسي وغروسمان وباترسون ونادرا (1988)، وشيفتيرو أجتسين (1985)، وسالتير (1989)، وفاينبيرغ وهوغيس وكريتيللي وانجلاند وجاكسون (1984).

كمـا أن هنـاك دراسـات أخـرى أظهـرت أن تحفيـز الأفـراد في أداء تمـارين بدنية منتظمة يعتمد على عوامل عديدة، من بين هذه العوامل المعتقدات الذاتية المتفائلة التي يكون فيها الفرد قادراً على الأداء وبشكل مناسب جداً كما أن الكفاءة الذاتية الإدراكية قد وجدت بأنها قوة رئيسة محفزة على تشكيل الأهداف وصياغتها للممارسة والمحافظة على التمارين ولوقت طويل.

وقـد أكـدت دراسـة (Ryhtarik,1992) ودراسـة (Sitharthan, 1990) ودراسـة (young,et al, 1991) ودراسـة(Haaga & Steuaet, 1992)، على أن لفعاليـة الـذات (الكفـاءة الذاتيـة) دوراً في التغلـب علـى السـلوك الإدمـاني مثـل استخدام المواد واستهلاك الكحول. وكذلك دراسات كل من:-

(Rychtarik, 1992, PP. 53, 435 – 440).

(Sitharthan, 1990, PP. 27, 87 – 49).

(young,et al, 1991, PP. 1 – 15).

(Haaga & Stewart, 1992, PP. 60, 24 – 28).

كما أكدت دراسة (Annis & Davi, 1988) ودراسة (Diclemen, et al, 1985) ودراسة (Miller, et al, 1989)، علـى أن هنـاك دوراً لفعاليـة الـذات (الكفـاءة الذاتيـة) في الإقـلاع عـن التـدخين، وإذ إن نجـاح بـرامج الإقـلاع عـن التدخين ضئيل فثلاثة أرباع المدخنين تقريباً الذين يكونون قد توقفوا عن التدخين في نهاية برامج التدريب ينتكسون ويعودن للتدخين خلال نصف سنة.

إن توقع النتيجة يمكن أن يستند إلى ثلاثة مظاهر لهذه النظرية في القدرة الذاتية :

أ . بتخفيض التدخين أو التوقف عنه كلياً .

ب . بالاستمرار بهذا التوقف مع الزمن .

ج . التخفيف من الانتكاس وإعادة الضبط الذاتي بسرعة .

لقد طور كل من كوليتي وسوينيك وبايني (1985) استبانه توقع الكفاءة (الفعالية) للمدخنين (SSEQ) (Somking Self efficay Questionnaire) وطبقوها في إطار برنامج تعديل السلوك وقاموا باستخدام قيم السلالم (Based – Dieting) في نهاية البرنامج على أنها كواشف للسلوك الخطر اللاحق أي لسلوك التدخين المنتكس في الشهور اللاحقة. لقد ارتبط توقع الكفاءة من الانتكاس بعد ثلاثة اشهر بمقدار (ر = 0،39) وبعد ثلاثة اشهر بمقدار (ر = 0،34) وأجرى كونديوتي ووانيشتاين (1981) برنامجي تعديل على سلوك المدخنين ووجدا ارتباطات وثيقة بين توقع الكفاءة ونسبة الانتكاس، وقد حددا خمسة وأربعين موقفاً خطيراً تكون فيه الحاجة للتدخين على أشدها مثلاً (عندما تكون عصبياً) أو (عندما تتناول الكحول) أو (عندما تكون في مواقف يكون فيها التدخين من ضمن مفهوم ذاتك). وعن طريق تحليل المصفوفات لهذه المواقف التي يتوقف فيها الأمر على مواقف فاعلة ظهرت سبعة سلالم لتوقعات الكفاءة تستخدم على أنها كواشف للسلوك الخطر اللاحق. واظهرن معامل الارتباط المتعدد الأبعاد بين توقع الكفاءة في نهاية المعالجة وبين الانتكاسات بلغ (0،57) وإلى جانب ذلك فقد حدد الباحثان الزمن المقطوع حتى الانتكاس الأول من خلال فرضية أن المرضى ذوي توقع الكفاءة الأقل يعودون إلى التدخين أبكر في حين أن الآخرين يتحملون فترة أطول.

ونظراً لأهمية الفعالية الذاتية (الكفاءة الذاتية) في تحمل أداء التمارين البدنية، فقد تم إجراء العديد من الدراسات المختبرية من سلسلة التجارب حول الكفاءة التنافسية، منها:

دراسة (Desharnains,et al,1986, PP.59 –115).

ودراسة (Long & Haney, 1988 ,PP. 9,75 – 83).

ودراسة (Wurtele & Maddx,1987, pp. 6, 453– 466).

ودراسة (Sallis,et al,1986,PP. 15, 431-441).

ودراسة(Weinberg,et al,1979, PP.1, 320 –331).

وفي ضوء الأداء التنافسي، فإن اختبارات معتقدات دور الكفاءة في أداء رياضة التنس قد كشفت عن أن هناك علاقة بين الكفاءة الذاتية ومعايير الأداء التي وصلت إلى (12 معياراً). وأن المرضى المصابين بداء المفاصل، جرى تحفيزهم للاشتراك في تمارين بدنية عن طريق تعزيز الكفاءة الإدراكية في برنامج الإدارة الذاتية، وفي تطبيق نظرية فعالية الذات (الكفاءة الذاتية) في الشفاء من أمراض القلب، فإن المرضى الذين يعانون من الذبحة الصدرية قد وصف لهم نظام معقول لممارسة التمارين.

وبينت البحوث العلمية بصورة متكررة أن أدراك الخطر يستدعي تأثيراً دافعياً اضعف مما تستدعيه فعالية الذات (الكفاءة الذاتية). ووفقاً لذلك تؤدي الثقة في القدرة الذاتية دوراً كبيراً لتنظيم المتطلبات الصعبة. ومن هنا لابد أن تتصدر الموارد (الذرائع) Resources، وأهم مورد هو اليقين (كفاءة التصرف الذاتي). فمن يؤمنُ بالذرائع (الموارد) بصورة كافية يكون أقرب لأن يقود سلوكه بنفسه بدلاً من تركه بصورة سلبية للقدر.

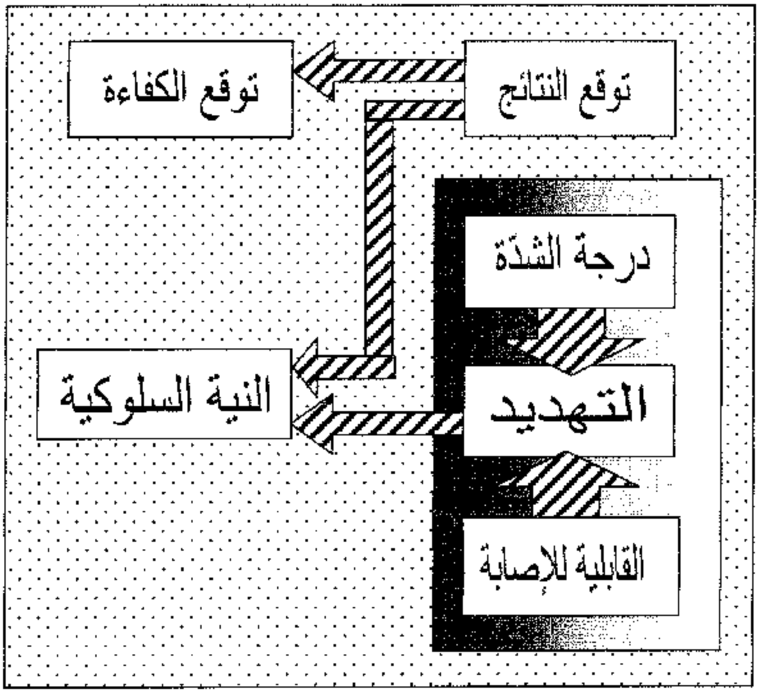
وهذه الأفكار نجدها في النظرية المعرفية الاجتماعية (Social Cognition Theory) للتصرف الصحي لباندورا عام 1986، (Schwarzer,1992). وفقاً لهذه النظرية هناك ثلاثة محددات في أثناء طور الدافع تسهم جميعها بصورة مشتركة في تحديد نية الهدف وهي:

-إدراك الخطر (Risk Perception).

-توقع النتائج (Out Come expectancy).

-توقع الكفاءة الذاتية (Self – Efficacy expectancy).

آنظر شكل (4) (Wickrame & Eldor , 1999, p.3)



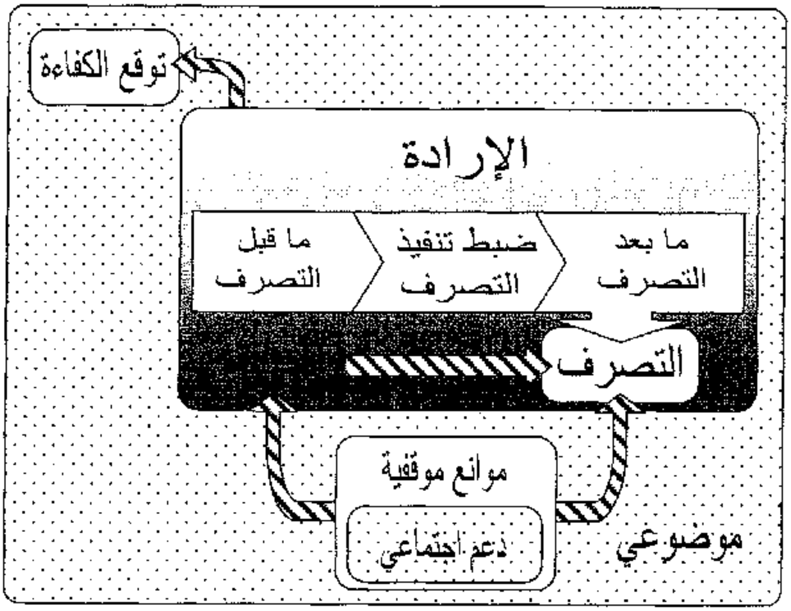
الشكل (4)

طور الدافع في النظرية المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي (Schwarzer, 1992).

إن إدراك الخطر يقوم على تقدير ذاتي لدرجة شدة المرض والإحساس الذاتي للمرء بالقابلية للإصابة بحالة صحية ما الناجمة عن درجة محددة من التهديد الصحي (أخشى من إمكانية إصابتي بسرطان الرئة). مما يثير عمليات معرفية يقوم المرء من خلالها التصرفات ونتائجها ويمكن أن تكون هذه النتائج معيقة للوقاية مثل (عندما استمر في التدخين سوف يحبني أصدقائي). أو داعمة للوقاية (إذا توقفت الآن عن التدخين سوف تسترد رئتي عافيتها بسرعة). إلا أن الإحساس بالخطر وتوقعات النتائج لا تبقى بدون فاعلية، إذا ما لم تُرفق بتوقعات الفعالية (الكفاءة) مثل (إنني متأكد من قدرتي على رفض السيجارة حتى إذا لحّ علي الآخرون في ذلك). أو (إنني متأكد من أنه على الرغم من أعراض الحرمان

فإني أملك القوة في التوقف عن التدخين)، وتتم مناقشة فيما إذا كانت المخاطر تقدم شرارة النية لعمليات دوافع أو أن المحددات الثلاثة ربما سوف تتبادل فيما بينها. وعلى ما يبدو فإن شدة النية الناتجة متعلقة إلى حد كبير بالكفاءة الذاتية. وتشير البحوث عادةً إلى وجود ارتباطات تبلغ حوالي (ر=0،40) بين الكفاءة الذاتية وتحديد الهدف Goal setting (Latham, 1990) غير أن السؤال عن التنظيم السببي لمجموعة المحددات الثلاثة داخل عملية الدافع ما تزال حتى الآن بدون إجابة وتشكل موضوعاً للبحث في الوقت الراهن.

وتتم محاولة إكمال نماذج طور الدافع من خلال عمليات ما بعد النية أو العزم. والشكل (5) يوضح ذلك إذ يحتوي على ثلاثة مستويات، مستوى معرفي ومستوى قائم على الفعل ومستوى موقفي. ففي طور ما قبل التصرف يتم تخطيط التصرف المقصود بالتفصيل، ويتم تحديد كيفية ومكان التصرف، علماً أنه يمكن تعميم مجموعة كاملة من أفكار التنفيذ الممكنة. وتطلق كذلك على مثل هذا المخطط من التصرف نوايا التنفيذ أيضاً في هذا الطور قبل التنفيذي تستخدم مرة أخرى توقعات الكفاءة التي كانت قبل ذلك قد أثرت على بناء الهدف (Schwazer, 1994).



الشكل (5)

طور الإرادة في النظرية المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي (Schwarzer, 1992).

وفي طور التصرف يرى المرء فيما إذا كان يرى نفسه قادراً على القيام بتصرفات جزئية معينة بدون أن يكون النجاح مؤكداً. بعد ذلك تعقد النية على القيام بتصرف ما أو تخمد إذا ما تعلق الأمر بالتخلي عن سلوك خطر مثل التدخين ويتطلب ذلك قوة أرادة من الفرد.

وفي أثناء هذا الطور من التصرف يحدث ضبط مستمر لتنفيذ التصرف يتم فيه حماية التصرف والنية من الملهيات. وفي طور ما بعد التصرف يحدث تقويم للتصرف ويتم فيه تسجيل النجاح والفشل وتفسيرهما. ويمكن عد طور ما بعد التصرف جزءاً من طور دافعي جديد (Heckhausen, 1991) وفي الواقع يجد المرء مجموعة من التصرفات المتتابعة المتداخلة في بعضها، تتم باستمرار مراقبة مجراها ونتائجها الجزئية وتقويمهما.

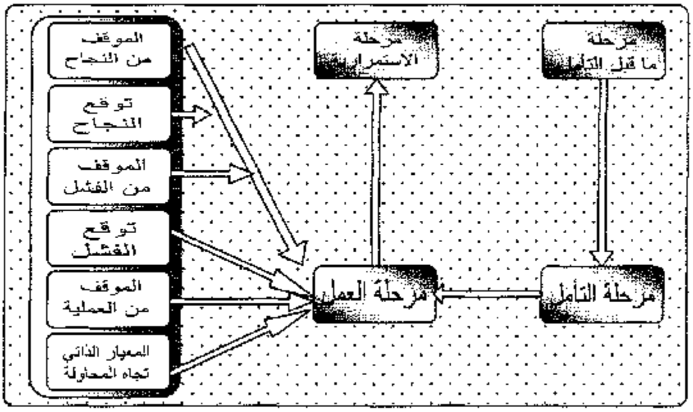
والتصرف لا يتحدد من خلال المعرفة وحدها وإنما أيضاً من خلال المعطيات الموقفية والمهارات الموضوعية والموارد الأخرى التي يمتلكها فرد ما. فإذا ما نوى شخص ما على سبيل المثال ممارسة رياضة ركوب الأمواج أسبوعياً، وقام بتنفيذ هذا التصرف بالفعل فإنه سوف يغرق في الماء عندئذ، لأن المهارات التقنية الأولية غير متوفرة. ومن الممكن في هذا المثال توفر كل الظروف باستثناء الكفاءة، فضلاً عن خلفية أخرى كامنة في الظروف الموضوعية، فمن تعوزه المعدات لا يستطيع ركوب الأمواج. ونجد في نظرية تحديد الهدف Theorey of Goal Setting (Locke & Latham, 1990) أن من يحدد الفعل اللاحق ليس متغيرات الهدف (مستوى الهدف، وارتباط الهدف) فقط وإنما أيضاً الكفاءة الذاتية التي تمارس تأثيراً مباشراً وبالقوة نفسها تقريباً.

وفي هذه النظرية لا تُعد النوايا محددات السلوك الوحيدة، بل إن توقعات الفعالية التي تكون قد ساهمت في تحديد عمليات صنع القرار السابقة تقود إلى السلوك اللاحق مرة أخرى بصورة إضافية. ويؤكد (لوك ولاثام) على ان السلوك دائما موجه نحو هدف معين، وان المبادرة بالسلوك تجعل الفرد بحاجة أولاً إلى الاهتداء (النية بالمحاولة) لتحقيق الهدف المطلوب.

وعندما يهتدي المرء إلى النية يركز عندئذ على الوسائل أو الأفعال العملية التي سيحاول من خلالها تحقيق الهدف المطلوب. وهناك محاولة أخرى تحاول استنتاج محددات السلوك من السلوك الناتج، وذلك في نظرية المحاولة (Theory of Trying) لباكوزي ووارشو (Bagozzi & Warschaw, 1990) وتفترض هذه النظرية إن الإنسان في أثناء عملية صنع قرار ما يضع نصب عينيه الهدف الذي يرمي إلى تحقيقه. إذن فإن الأمر لا يتعلق بالسلوك النهائي، وإنما الأمر أقرب لأن يتعلق بهدف سلوك صعب جدير بالمحاولة. أنظر شكل (6).

ويعد التصرف وفقاً لهذه النظرية عملية يتم السعي نحوها بطريق المحاولة، وتتم المحافظة عليها على أنها مولد للهدف فقط عندما تسود ظروف ملائمة لذلك.

وعليه يجري في الوقت نفسه التمييز بين ثلاثة أنواع من المواقف: الموقف من النجاح، والموقف من الفشل، والموقف من عملية ملاحقة الهدف. وفي هذه النظرية لم يتم إدخال سيطرة (ضبط) السلوك وإنما أُدخل بدلاً من ذلك توقع النجاح والفشل، لأن توقع النجاح وتوقع الفشل يقومان على تحقيق الهدف مباشرة في حين أن ضبط السلوك أو توقعات الفاعلية الذاتية تتجه نحو الكفاءة الذاتية فإن توقعات النجاح والفشل تعبر عن الاحتمالات الذاتية فيما يتعلق بالهدف.



الشكل (6)

نظرية المحاولة (Bagozzi & Warschaw, 1990)

ومن المعروف أن السلوك الباكر يعد في حالات كثيرة الكاشف الأفضل عن السلوك اللاحق. فممارسة الرياضة في المستقبل مثلاً يمكن التنبؤ بها من خلال ممارسة الرياضة سابقاً. (Fuchs, 1990). وكذلك المدخن الذي لم يكن قد جرب التوقف عن التدخين ولو لمرة واحدة يكون احتمال الامتناع عن التدخين أقل من ذلك الذي جرب محاولات عديدة في السابق.

وينظر إلى الأشخاص على انهم يتطورون في كل مرحلة بغية تحقيق الاستمرارية الناتجة لسلوك جديد. ولو أخذنا مثال (التوقف عن التدخين)، فيمكن الإشارة إلى انه في مرحلة ما قبل التأمل يكون المدخن غير واع بان

سلوكه يكون (مشكلة) وليس لديه نية للترك. إما في مرحلة التأمل يبدأ المدخن بالتفكير بتغيير سلوكه إذ انه غير ملتزم بمحاولة الترك. أما مرحلة العمل، فتتسم بالمحاولات الفاعلة للترك، وبعد ستة اشهر من الامتناع الناجح بتحرك الشخص إلى مرحلة (الاستمرارية) التي تتسم بمجالات منع الانتكاس وتعزيز عدم التدخين المكتسب حديثا.

إن عدد محاولات الإقلاع الفاشلة لا تقدم أي سبب للتنبؤ السيئ بل على العكس، فمن خلال المحاولات الكثيرة التي تفشل يتم بناء كفاءات خاصة لتجنب الأخطاء وللتعافي من الانتكاسات. وقسّم باكوزي وارشو عام (1990) السلوك الباكر على وفق مظهرين اثنين: تكراره وقرابة عهده. ففي دراستهما حول نقصان الوزن برهن السلوك الباكر بالفعل على أهميته العالية. فمن كان قد جرب قبل الآن بوقت قصير إنقاص وزنه كان أشد ميلاً للمحاولة مرة أخرى، مهما كان هذا الفرد قد فعل ذلك سابقاً. ولابد من تقدير هذه النتيجة بأنها مؤقتة ويبقى لنا آن ننتظر إلى أي مدى نتمكن فيه من جعل الوجوه المختلفة للسلوك السابق إجرائية بصورة موثوقة (Valide Operationalzation) على أية حال فإن نظرية المحاولة (Theory of Trying) تقدم لنا دوافع جيدة للتفكير.

وقد اقترح بروسكا ودي كليمينت (Procahkw & Diclemante,1984) أنموذج التغيير النظري a theoretical model of Chang. مؤلفاً من خمسة أطوار (مراحل) للتغيير وهذا الأنموذج تم تطبيقه بشكل واسع لتحليل عملية التغيير في معالجة الإدمان على الكحول والتوقف عن التدخين، والعلاج النفسي.

ويوجد الطور الأول قبل الاهتمام وهو طور قبل التفكير أو التأمل Precontemplation.

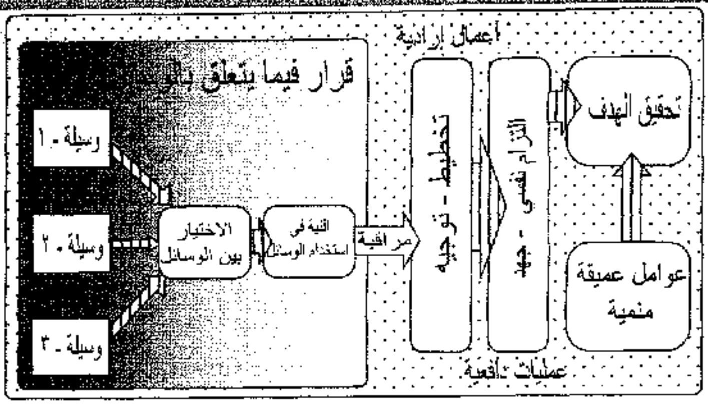
* والطور الثاني يتألف من طور الدافع (التفكير والتأملContempiation).
* والطور الثالث يتألف من طور التخطيط أو الاستعداد (Preparation).

* ويتكون الطور الرابع من التصرف (الفعلAction).
* وأخيراً يتألف الطور الخامس من الاستمرار (المحافظة Maintenance على السلوك الصحي). (Schwarzer, 1994).

وبطريقة مشابهة قدّمَ واينشتاين وساندمان (Weinstein & Sandman, 1992) أنموذجاً آخر هو أنموذج عملية - القرار - الوقائي (Preventive - Adoption – Process Model) وذلك من خلال تفريقهما بين سبع مراحل وصفية في الدافع للسلوك الصحي:

1. عدم إدراك المشكلة إطلاقاً. أو (مرحلة عدم التفكير بالمشكلة).
2. على الرغم من المعرفة حول ذلك نوعاً ما (التأمل بالمشكلة)، ولكن عدم الالتزام الشخصي.
3. التفكير بتصرف وقائي وتجهيز القرار (مرحلة الاستعداد).
4. أما بعدم التصرف.
5. التخطيط للتصرف أو (الفعل Action).
6. التصرف.
7. الاستمرار بإجراءات الوقاية أو منع الانتكاس (Schwarzer,1993,p.80).

ونرى في نظرية التنظيم الذاتي لباكوزي (self organization theory) تفصيلاً آخر لعمليات ما بين الأطوار الموضحة في شكل (7).



الشكل (7)

نظرية التنظيم الذاتي (Bagozzi, 1992)

فعندما يشكل المرء نية الهدف حينها تنتج عمليات معرفية خاصة بوسائل التنفيذ وطرائقه مثل (سوف أعمل بذلك كما في المرة الأخيرة بالضبط). فإذا لم يكن المرء يملك خبرة مع السلوك، فهو لا يستطيع استحضار سيناريو أو حوار، فإنه يتم هنا استخدام قواعد مثل (سوف استخدم أسهل طريقة) أو(سوف اتبع أول فكرة جيدة تخطر ببالي حول الكيفية التي سوف أستطيع بها القيام بذلك) فإذا ما كان التصرف الذي ينويه المرء جديداً وصعباً عندئذ فإنه يحتاج إلى عملية تخطيط مكثفة إلى حد ما. ويمكن للمرء أن يفكر بإمكانات مختلفة حول الكيفية التي يستطيع بها التعامل مع المشكلة بصورة مثلى) هذا النمط الأخير هو ذلك الذي تتجه إليه النظرية ويقتضي بصوره خاصة الحاجة للتفسير. وحينها يقوم المرء الوسائل والطرائق من ثلاثة وجوه، في الوجه الأول يتم السؤال فيما إذا كان المرء يمتلك الكفاءة اللازمة أم لا. وحاول باكوزي أن يساوي بين هذا الوجه وبين توقعات الكفاءة الذاتية. وفي الوجه الثاني يختار المرء تصرفات فاعلة بالنسبة لتحقيق الهدف. واطلق باكوزي على هذا الوجه تسمية المعتقدات الوسيلية Instrumental Beliefs الذي ساوى بينه وبين توقعات النتائج Out come expectancies أما الوجه الثالث، فهو إثارة المشاعر تجاه الوسائل والنوايا المتوفرة

للاختيار (المؤثرات الذاتية أو المشاعر نحو الوسائلaffects Toward Means) وتقود هذه التقديرات المعرفية بعضها البعض إلى الاختيار بين الوسائل الممكنة في تحقيق الهدف. ومن وجهة النظر الدافعية لهذه النظرية فان هناك عمليتين نفسيتين مؤثرتين بصورة خاصة على تنفيذ التصرف، ألا وهما الالتزام Commitment والجهد.

ويتضح مما سبق أن علماء النفس اهتموا منذ زمن بعيد بالعوامل التي تحدد إنجاز السلوك الصحي. وبناء على ذلك فقد بدأت جهودهم في دراسة الانموذجات المعرفية الاجتماعية (Social Cognitive Models) التي تعد طرقاً مميزة لدراسة السلوك الصحي في الوقت الراهن. وعلى الرغم من اختلافها في التسمية إلا أن هناك تداخلاً كبيراً بين العوامل المختلفة التي تنطوي عليها الانموذجات. ومن هذه الانموذجات التي تم تطويرها بشكل محدد للتنبؤ بالسلوك الصحي نظرية دافعية الحماية (PMT)، وأنموذج المعتقد الصحي (HBM) اللذان ركزا على مفهوم التهديد الصحي، والذي يتم قياسه بالقابلية للإصابة، والخطورة (الشدة) المدركة. فضلاً عن النظرية المعرفية الاجتماعية (SCT) التي ركزت على توقعات النتائج حول المؤشرات البيئية مثل إدراك الخطر(Risk Perception)، ونظريتي السلوك المخطط (TPB)، والتصرف المعقول (TRA) اللتين لا تهتمان بشكل مباشر بالمتغيرات الانفعالية وإنما تركزان على الجزء العقلاني للقرار الصحي، ويركز الاهتمام الكبير على أهمية مفهوم السيطرة (الضبط) عقب إدخال اجزن (Ajzen, 1975) عامل السيطرة السلوكية المدركة إلى مفهوم الفرد لسهولة أداء سلوك معين أو صعوبته. ويتشابه هذا المفهوم مع مفهوم (الكفاءة الذاتية) والتي تعني السيطرة على العمل الشخصي، والإيمان الذاتي للفرد في أدائه للسلوك الصحي. في حين تركز عدد من الانموذجات على عوائق أداء السلوك الصحي. إذ يعد بعد التكاليف (الموانع) النفسية المدركة مصطلحاً عاماً لجميع (عوائق) التصرف الداخلية والخارجية. فهناك تداخل أو تشابه بين بعد

(المواتع) النفسية المدركة لأنموذج المعتقد الصحي و(التكاليف) في نظريتي دافعية الحماية والكفاءة الذاتية.

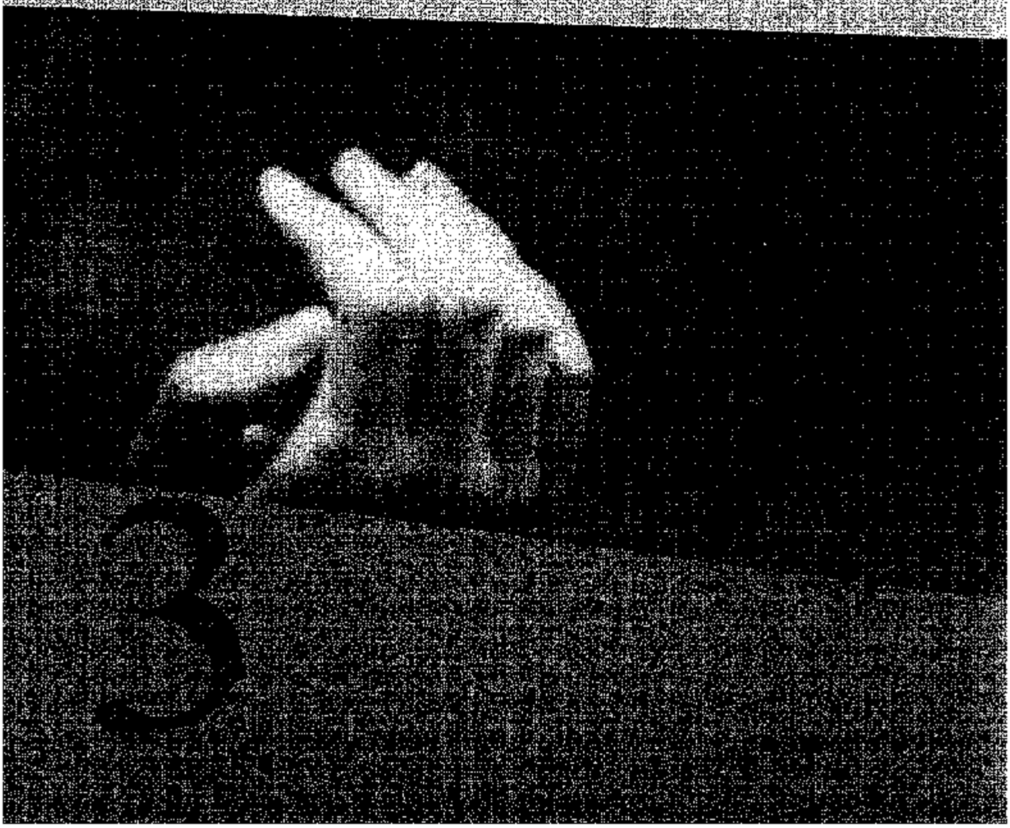
ويستنتج من الأدبيات أن هناك حجما كبيراً للعمل التجريبي باستخدام الانموذجات المعرفية الرئيسة للتنبؤ بالسلوك الصحي. كما أن عدداً من الدراسات قد اختبرت دور الكفاءة الذاتية وحددته على انه المتغير المعرفي الرئيسي للسلوك الصحي. وتضم كل من نظريات السلوك المخطط ودافعية الحماية والنظرية المعرفية الاجتماعية متغير (النية السلوكية) والذي يعد وسيطا للعلاقة بين المتغيرات الإدراكية (المعرفية) الاجتماعية الأخرى والسلوك. وهو الأكثر تقويما من قبل مقياس النية السلوكية.

وأخيراً تجدر الإشارة إلى أن هناك إنموذجات مرحلية للسلوك الصحي، وهي تتعلق بشكل أساسي بالتأثيرات على قرارات الأشخاص في أداء السلوكيات الصحية، مثل مراحل (أطوار) هكهيوسن (1991)، والمراحل التي وضعها (بروسكا ودي كليمنت، 1984)، وبطريقة مشابهة قدّمَ (واينشتاين وساندمان، 1992) مراحلهما. ويستنتج من خلالها نقطتان مهمتان وهما على النحو الآتي:

أولاً: جميعها تؤكد على المنظور الزمني لتغيير السلوك.

ثانياً: تؤيد هذه الانموذجات الأعداد المختلفة من المراحل، إلا أنها جميعاً تتبع النمط الأساسي نفسه من مرحلة ما قبل (التفكير) أو عدم إدراك المشكلة، حتى مرحلة الدافعية لتصل إلى مبادرة السلوك الصحي واستمراره، وتعد هذه الانموذجات ديناميكية في طبيعتها والأشخاص يتحركون من مرحلة إلى أخرى حسب الزمن، كما تنطوي على الإدراكات المختلفة في مراحل مهمة مثلاً في المراحل المبكرة تعالج المعلومات على ضوء تكاليف (موانع) أداء السلوك الصحي، بينما في المراحل اللاحقة تصبح الإدراكات مركزة أكثر على تطور خطط العمل لأجل المبادرة باستمرار السلوك الصحي ودعمه.

الفصل الثالث
الاضطرابات السلوكية



الفصل الثالث

الاضطرابات السلوكية

لمحة تاريخية عن الاضطرابات السلوكية :

لقد تم التعرف على الاضطرابات السلوكية عبر التاريخ، إذ أنه كان يطلق على كل المعوقين بصورة عامة هذه التسمية ومع ذلك فقد اختلفت المعتقدات من هؤلاء حول أسبابها، أعتقد البعض أن بهم مساً من الشيطان، وأقدموا على سلوكيات خاطئة، أو أنهم كسالى. وأعتقد البعض الآخر أن هذه السلوكيات معدية، وعكسّ هذا الاعتقاد ان يكون علاجها بطريقة العقاب الشديد، أو الحبس أو الضرب، أو التقييد بالسلاسل وغير ذلك من العقوبات.(Kauffman,1977) ونتيجة لهذه المعتقدات أُنشئت أول مؤسسة للعناية بهم في لندن عام (1547) وكانت تعرف رسمياً باسم القديسة مريم من بيت لحم، وأصبح يدعى (Betlham) ويدلّ هذا المصطلح الآن على المكان ذي صوت العالي، وتُعدّ زيارة أسرة الأطفال الى هذه المؤسسة جانباً ترفيهياً لهم.

وفي القرن الثامن عشر بدأ الاهتمام أكثر بهؤلاء المضطربين سلوكياً من قبل فيليب بنل عام (Philippe Pinel) المختص بالامراض النفسية الذي أمر بالاهتمام بالجانب الإنساني ومنع تقييد المضطربين نفسياً وخصص مصحاً نفسياً في باريس لهم. ونتيجة لهذا التطور تم الاهتمام بهذه الفئة من قبل العلماء النفسيين في الولايات المتحدة عام (1800) من قبل بنجامين الطبيب النفسي الامريكي، واقترح طرقاً أكثر إنسانية في علاجهم، مما زاد الاهتمام بهذه الفئة نهاية عام (1800) حيث تم فتح صفوف خاصة في المدارس التي تعتني بالأطفال من ذوي الاضطرابات السلوكية. وفي عام (1871) تم فتح صف خاص للأطفال المشاغبين في كانتيكي.

وفي عام1909 انشأ وليام هيلي (William Healy) مؤسسة للعناية بالأطفال الأحداث المرضى النفسيين في شيكاغو في الولايات المتحدة الامريكية، وفي بداية القرن العشرين ظهر أول مصطلح للاضطرابات العاطفية في الأدبيات. ولم يكن له تعريف ومنذ ذلك الحين كانت جهود العلماء مستمرة لكتابة تعريف دقيق له، وأسهمت نظرية سيجموند فرويد (1856-1939) وأبنته [Anne] في تعليم وعلاج الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

يُعدّ ويكمان (Wickman, 1928) أول من أهتم في دراسة الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المدارس، ثم بدأت الدراسات والابحاث من بعده تحدد أسباب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، كما أيقن بعض المختصين في علم النفس ومنهم لوريتا بندر (Lauretta Bender) بأن الأطفال بحاجة الى برامج ومعلمين وطرائق تدريس خاصة بهم، والى التطور في الخدمات التربوية المقدمة لهم.

أما فرانك هيوت(Frank Hewett)، فقد طوّرالاهتمام بعلاج الاطفال ذوي الاضطرابات السلوكية وقدم أنموذجاً لغرفة الصف. بحيث يساعد في تطبيق نظريات السلوك في عام (1965) نشر نيومان وموريس (Newman & Mors) كتاب حول الصراع داخل غرفة الصف، وقدم عدة طرائق لتدريس هؤلاء الطلاب، ونظراً لأهميتها استخدمت في الجامعات لتدريب المعلمين. نتيجة لهذا التطور ظهرت عدة نشرات عام (1967) تحتوي كيفية تدريس وتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية.

كما قدم رودس وتريكي عام 1972(Rhodes & Tracy) أعمالاً تشمل نمذجة لمفاهيم تعليم الأطفال المضطربين، أسهمت في توضيح الآراء والممارسات المختلفة التي كانت موجودة في ذلك المجال، ومن خلالها تم تحديد نسب انتشار بعض الاضطرابات السلوكية ومنها نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات

التصرف (Conduct Disorder, 4-10%) وهي احدى المشكلات السلوكية الشائعة. (Kauffman, 1989)

وفي عام 1989 اصدر المعهد الصحي في الولايات المتحدة الامريكية احصائية تبين نسبة انتشار الاضطراب السلوكي بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين أربع سنوات الى ثماني عشرة سنة بنسبة 2٪ الى 6٪ تقريباً. هذا يعني أن ما بين (1.3 - 3.8) مليون طفلاً يظهرون اضطرابات سلوكية.

ويتساءل الاختصاصيون في علم النفس والتربية حول مدى محاولة المدرسة التخلص من الطلاب المشاكسين المشاغبين. ويتردد الاختصاصيون في اعطائهم هذه الوصمة من خلال تشخيصهم بالاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وأخيراً شهد العقد الماضي والسنوات القليلة السابقة تركيزاً للانتباه في ظهور الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال. وتم اجراء العديد من الدراسات في هذا الصدد منها باترسون وأخرين (Patterson et.al). وهنشو وأخرين (1993) Hinshaw et.al وموفيت (1993) Moffit.

واظهرت هذه الدراسات ان انتشار الاضطرابات السلوكية هي حالة عامة في أثناء الطفولة والمراهقة وتقدر النسبة بين 6- 16٪ عند الأولاد و2- 9٪ عند الفتيان وتحت سن 18 عاماً.

كما يكون هذا الاضطراب أكثر حدوثاً عند الاولاد مما عليه عند الفتيات وان النسبة تتراوح بين (4) الى (10) و (12) الى (1) وتزداد النسبة بستة أضعاف عند سن العاشرة ولاسيما عند الفتيات لأسباب غير واضحة في الوقت الحاضر.

الاضطرابات السلوكية Behaviour Disorder

إن النمو النفسي والعاطفي والبدني للطفل عملية متواصلة ومتصاعدة وهو في نموه يتفاعل ويتأثر بعوامل المحيط المادي والبيئة العائلية والاجتماعية، لأن

الطفل ذلك المخلوق الجميل، هو الإنسان في صفحات حياته الأولى يُصاب بما يصاب به غيره ويعاني من الاضطرابات النفسية والانحرافات العاطفية والسلوكية كما يعاني الكبار. ولكن صورة المعاناة وأشكالها، وعمق الأنفعال وافاقه تختلف عما ندركه في الكبر، لأن الطفل عاجز عن التعبير عما يمور بنفسه وعقله يجعل مسألة فهم معاناته الداخلية مهمة صعبة تتطلب خلفية ثقافية وعلمية واسعة وخبرة ورغبة وصبر.

وإن استجابات الطفل للمؤثرات الخارجية والنوازع الداخلية تعتمد على خصائص تكوينية متميزة وعناصر وراثية منحدرة عبر أجيال وأجيال. أن هذه العوامل وغيرها تحدد قدرة الطفل على مواجهة صراعاته النفسية وانفعالاته العاطفية في كل مرحلة من مراحل النمو. وقد يتعذّر على الطفل الصغير في بعض الأحيان وصف حالاته وانفعالاته لما قد يعوزهُ من قدرة على الفهم والافهام والكلام. قد يُعلن عنها بشكل غامض وغير مألوف أو متوقع، مثل الهرب من المدرسة أو البيت أو محاولة إيذاء النفس أو الآخرين.

الاضطرابات السلوكية شائعة الحدوث بين الأطفال العاديين والأطفال من ذوي الحاجات الخاصة. ولا تعد خطيرة أو حادة أو بحاجة الى تدخل علاجي وتربوي إلا إذا تكررت واشتدت وطالت مدة حدوثها ومورست بأشكال جسمية محددة، تنعكس على شكل أنماط سلوكية غير تكيفية في الموقف الذي تحدث فيه، سواء أكان في البيت أم في المدرسة ؟ مما يستوجب تعاملاً خاصاً من قبل الأباء والمعلمين بهذه الفئة.

ويؤكد (هويت) (Hewett,1968) أن الطفل المضطرب سلوكياً هو فاشل اجتماعياً، إذ إن سلوكه غير متكيف مع مواصفات المجتمع الذي يعيش فيه، إلى جانب جنسه وعمره.

في حين يرى السرطاوي وسالم (1987) أن الطفل المضطرب سلوكياً هو غير منتبه في الصف ومنسحب، وغير منسجم، وغير متكيف لدرجة تجعله يفشل بصورة مستمرة في تحقيق توقعات المعلمين.

أما الشربيني (1994) فيرى ان الطفل يصبح مشكلاً سلوكياً في روضته أو مدرسته عندما يتكلم أو يتصرف بشكل مختلف جداً عن باقي الأطفال وبصورة غريبة.

حدود الاضطرابات السلوكية:

فيما يأتي الاضطرابات التي تم تحديدها في هذا البحث:

1. الخصائص الاجتماعية
2. الخصائص الدراسية
3. العدوان
4. السلوك التخريبي
5. انتهاك الانظمة والقوانين
6. السرقة

أ. الخصائص الاجتماعية:

تعد الأسرة المناخ الأول لنمو شخصية الطفل وصقل سلوكه وهذا بدوره يوجّه أفكاره وغرائزه باتجاهات معينة في إطار المألوف والمرغوب في البيئة الاجتماعية، أنه يتعلم من الوالدين آرائهم ومعتقداتهم ومفاهيمهم وتعاليمهم يكوّن في داخله المعيار الذاتي لموازنة وضبط سلوكه وتفكيره ومواقفه وعواطفه تجاه الحياة والمجتمع، إن الأسرة المستقرة والمنظمة دعامة أساسية في بناء الفرد السوي الصالح، المستقر نفسياً وعاطفياً وأخلاقياً واجتماعياً. فالاسرة المستقرة والمنظمة تتعامل مع الأطفال بأساليب وقواعد ثابتة وواضحة ومستقرة مثلاً الخطأ

في سلوك الطفل خطأ. والصحيح صحيح والخطأ ينبغي أن يصحح، ولا يصح في سلوك الطفل إلا الصحيح.

وهناك عدة عوامل تسبب الاضطرابات عند الاطفال مثل ضرب الاطفال وإلحاق الأذى بهم وإهمالهم، وعدم مراقبتهم وعقابهم، وانخفاض عدد التفاعلات الايجابية وارتفاع نسبة التفاعلات السلبية، وضعف الانتباه والاهتمام، ووجود نماذج سيئة من قبل البالغين.

كذلك العلاقات الأسرية المختلفة تجعل الوالدين أقل تقبلاً لأطفالهم ويكونون أقل دفئاً وأقل عاطفياً، وإن تعاطي الكحول من قبل الأب له دور كبير في ذلك. فضلاً عن السيادة والهيمنة الزائدة والواضحة من جانب عضو واحد من أعضاء الأسرة.

إن العلاقة بين الوالدين الذين تصدر عنهما انماط سلوكية مضادة للمجتمع ربما تتسم بالعلاقات الزوجية غير السعيدة وغير السارة والتي بدورها تنعكس على سلوكية الأبناء، ويعد حجم الأسرة، والظروف السيئة للسكنى، والمستوى المتردي للإشراف الوالدي، والحالة الاقتصادية، وغيرها من العوامل المؤثرة في حدوث الاضطرابات السلوكية.

وأكدت دراسة Connolly et.al,1993 أن أبناء المعتمدين على الكحول يعانون من مشكلات ذات علاقة بالمنزل عند سن الثالثة عشر، وتوصلت دراسة فاضل (1994) إن ظروف الحياة وتعقدها وتشابك مطالبها يجعل الأسرة غير متماسكة مما ينجم عنه انفعالات وسلوكيات من احد الوالدين ربما تسبب أذىً نفسياً للطفل تتحدد في أمور شتى منها:

1. النبذ والرفض وعدم القدرة على التعامل مع الطفل بوصفه إنساناً له مطالبه وحاجاته.
2. عزل الطفل، أي منعه من إقامة صداقات وعلاقات تحت دعاوى الحرص والخوف عليه من رفقة السوء، مما يعطي إحساساً بالعزلة عن الآخرين.

3. تخويف الطفل يخلق جواً من الفزع والرعب والكلمات الحادة التي تولد إحساساً مؤلماً بالاضطهاد والعدوانية.

ومما تقدم يتضح أهمية تأثير أسلوب الوالدين في تربية ورعاية الأطفال في البيت، وفي توفير المناخ السليم.

ب. الخصائص الدراسية

إن للمدرسة ونظامها وحجمها لها تأثير واضح في تحديد المستوى العلمي والتربوي ومن ثم تحديد مستوى التحصيل الاداء العام للتلاميذ ولا ريب أن ما تتمتع به بعض المدارس من سمعة جيدة يعود الى مجموعة عوامل منها:

1. أداء المعلمين والادارة وشعورهم بالمسؤولية الوظيفية والتربوية.
2. الاهتمام بالنسيج الاجتماعي المحيط بالمدرسة وما يتميز به من قيم وتقاليد وتوّجه.
3. تمتع المعلم بالروح الديمقراطية يدفع التلميذ الى التعلم، وله الأثر الكبير في مستوى تحصيله الدراسي.
4. يُعد المنهاج الدراسي من العوامل المهمة في تحديد مستوى التحصيل الدراسي ويكون مناسباً وأنموذجاً للتلميذ الاعتيادي. أما الأسرة فلها مهمة أساسية في تحقيق مدى النجاح والتفوق الدراسي للأبناء وهي تؤمن في الوقت الحاضر بضرورة التعلم لاسيما في مرحلة الدراسة الابتدائية. ومن العوامل المهمة في تحديد المدى التعليمي الذي يبلغه التلميذ في الأسرة هو تأثير الأصحاب والأقران.

ج. العدوان Aggression

إن السلام والهدوء من المطالب الإنسانية الدائمة، أما العدوان فإنه ظاهرة يتصدى لها الإنسان في الكثير من أوجه حياته، وللعدوان أوجه كثيرة ومناسبات مختلفة يظهر فيها منها:

أ. اعتداء فرد على أخر لا تفه الأسباب.

ب. فقدان التوازن والهدؤ ويقع الفرد في عراك مع خصم له.

ج. المعتدي يعتدي على الضعيف لتأكيد سيطرته.

د. اعتداء جماعة أو قبيلة على الآخرين.

ه. شن بعض الدول حروباً ضد بعضها وهذا اسوأ أشكال العدوان.

السلوك العدواني أو الاعتدائي ظاهرة معروفة ومألوفة في كل زمان ومكان، ويظهر العدوان في الحياة بأشكال مختلفة، يلاحظ تارة مرتبطاً مع النشاط البناء الذي يبذله الفرد من أجل السيطرة على الشروط المادية التي تحيط بالفرد ويلاحظ مرة آخرى مرتبطاً مع حالات الدفاع عن النفس، ومع سلوك تأكيد الذات، او مع الدافع، أو مع الغضب، في السلوك الهادف الى التملك، أو مع الشروط الاجتماعية الخاصة التي تحيط بالفرد، ومنها سلوك الوالدين، وسلوك الرفاق، وسلوك المجتمع وشروط الفقر والحرمان، وشروط الأذى الذي يتحمله الفرد مرة تلو الأخرى.

وتُعد الخبرات التي يتلقها الفرد في مراحل حياته هي التي تحدد شخصيته، وإذا كانت هذه الخبرات مبنية على الأذى والحرمان فإنها تترك أثاراً ضارة في شخصيته.

كما إن المعاناة خلال مدة الطفولة من الممكن ان تتراكم لتشدد من الاحباطات في المستقبل وبالتالي فإن الإثارة للعدوان تنمو مع كل احباط وتقود بصورة نهائية الى العنف. فالانماط المختلفة من السلوك العدواني تتكون من خلال التنشئة العائلية فالأطفال الذين تكثر مواجهتهم للإحباط في المنزل ينشأ عندهم دوافع واستجابات عدوانية قوية.

كما ان للمعاملة السيئة المتميزة بالعدوانية الكلامية والجسدية والتي يحظى بها الطفل سيتم نمو وظهور السلوكيات العدوانية عنده كما تساعد أجواء البيت الفوضوية في ذلك، وتعد العدوانية من الاضطرابات السلوكية

الشائعة في اوساط الطفولة، وقد تصل نسبتها بين الأطفال 4٪ وهي من العوامل التي تثير الأباء والمعلمين لاستعمال القسوة تجاه الطفل. العدوان يتأتى من رغبة الطفل في جلب الانتباه للتعالي والسيطرة والاعتداء على الآخرين. وتختلف العدوانية عند الأطفال كرمي الحصى على السيارة أو كسر الزجاج أو ضرب الآخرين وغير ذلك.

ويمكن تقسيم العدوانية الى أنواع حسب الوظيفة والشكل أو الصيغة فمثلاً السلوك العدواني اللفظي، يتضمن مناداة الشخص باسمه أو التهديد وهذا يختلف عن السلوك العدواني الجسماني أو التهديد وهذا يختلف عن السلوك العدواني الجسماني مثل الضرب، الركل، العضّ ويظهر هذا السلوك عند الذكور. بينما يظهر السلوك العدواني اللفظي عند الإناث.

وتهدف العدوانية إلى تسبب الألم أو الأذى وهذا السلوك العدواني يسمى العدوانية العدائية بينما السلوك العدواني الذي يهدف إلى الحصول على شيء يسمى العدوانية الآلية أو الأداة العدائية.

يرى لوبر وآخرون (1991) Loeber et.al أن التركيز على العدوانيين واللصوص قد اتسع نطاقه ليشمل بعداً أعم وثنائي القطب هو السلوك الظاهرOvert والسلوك الغير الظاهر Covert.

وتتألف السلوكيات الظاهرة تلك الأفعال المضادة للمجتمع والتي تتضمن المجابهة والتحدي مثل العراك، والولع بالجدل، والنوبات المزاجية، وتتضمن السلوكيات غير الظاهرة تلك الأفعال التي تعتمد على الإخفاء والكتمان مثل السرقة، الهروب من المدرسة، الكذب، وإساءة استخدام المواد، وإشعال الحرائق. ومن هنا يتضح أن العدوانيين واللصوص من الأطفال والمراهقين يمكن تمثيلهم بهذين البعدين.

أنواع العدوان لدى التلاميذ:

1. عدوان ناتج عن استفزاز: حيث يدافع التلميذ عن نفسه ضد اعتداء اقرانه.
2. عدوان ناتج عن غير استفزاز: حيث يهدف التلميذ من خلاله الى السيطرة على اقرانه أو إزعاجهم أو اغاضتهم أو التسلط عليهم.
3. العدوان المصحوب بنوبة الغضب: فيلجأ التلميذ من خلاله الى تحطيم الأشياء من حوله، لأنه لا يستطيع أن يضبط غضبه.
4. العدوان السلبي: وهو العدوان الناتج عن التمرد على السلطة من أهل ومعلمين، حيث يشعر التلميذ بأنهم ظالمون مستبدون، وأنه قد اسيئت معاملته من قبل هؤلاء المتحكمين. وهنا يخاف من الانتقام بشكل مباشر من مصادر السلطة، فيلجأ الى إظهار هذا العدوان على شكل خداع مبطن، كأن يتعمد في إحضار الكتاب الخاطئ الى الصف، أو تجاهل الواجبات المدرسية، أو إضاعة السطر في أثناء القراءة أو مقاطعة المعلم بشكل متكرر من أجل الذهاب الى دورة المياه..الخ.

د. السلوك التخريبي Destructive Behaviour

السلوك التخريبي من اضطرابات السلوك في كل مجتمع، حيث يتسم سلوك بعض الأطفال والأحداث بالرغبة في تدمير الممتلكات الخاصة بالآخرين كما يتوجه نحو المقتنيات العائلية في البيت أو الحديقة المنزلية أو الحاجيات الشخصية كالملابس والكتب واللعب وغيرها. كما يرتبط بحالة العنف وقد لا يرتبط بها ويظل في حدود السلوك العابث وربما الشجاعة والرجولة.

وقد يرجع الى الغيرة، أو الغضب أو صراع عقلي مبهم طاغ عميق، أو موقف جديد في البيئة الى التفاهة اشتد فيه الانفعال، إذن انه ظاهرة مؤذية للمجتمع،

فتدمير المرافق العامة واتلاف ما بها من ممتلكات، عملية هدر ضخمة قد لا تطيقها الامكانات والموارد المتوفرة والمتاحة.

إن الأطفال مضطربي السلوك ذوي النزوع والميل التدميري والتخريبي لا يشعرون بالحد الأدنى من الاحساس بالمسؤولية، وغالباً ما يعمل هؤلاء على شكل مجموعة أو عصبة (Cang) مما يجعل عملية التدمير أكثر ضراوة واتساعاً.

وقد يوجّه السلوك التدميري نحو مرافق ذات علاقة مباشرة بالطفل وحاجاته، كالمدرسة أو المستشفى أو السينما، أو حافلة نقل المسافرين والركاب فيدمر زجاج الشبابيك، ويحطم الكراسي ويحطم أنابيب المياه وصنابيرها ويكسر الأبواب والأقفال وغيرها. وغالباً ما تكون الشوارع العامة مسرحاً للأعمال التخريبية لبعض الأطفال والأحداث وتكون أضواء ومصابيح الطرق، وعلامات المرور ودلالات السير والعبور، أهدافاً سهلة للعبث والتدمير، ومن المؤسف أن بعض الأطفال المضطربي السلوك يجدون عذراً في تدمير المرافق العامة بحجة انها لا تعود لأحد.

إن العمل التخريبي قد يرتبط أحياناً بالسرقة أو النهب، أي الاستحواذ على مواد وحاجيات نتيجة عملية التخريب وما قد تؤدي له من منفذ أو سبيل للوصول الى المواد المسروقة.

هـ. انتهاك الأنظمة والقوانين:

إن الأطفال الذين ينشأون في أجواء أسرية مضطربة مثل التفكك الأسري، والطلاق والاعتماد على الكحول وزواج الأب بأمراة أخرى. انهم يعانون من تأرجح في العواطف والسلوك، وضعف الاحساس بالطمأنينة الداخلية والثقة والاعتداد بالنفس وهؤلاء غالباً ما يترجمون مشاعرهم المضطربة الى سلوك شاذ ومنحرف، وقد يبدأ الأمر سوءاً بتورط الحدث بمخالفة أو جريمة.

كما ان عدم تلبية المتطلبات الخاصة لتعليمهم يخلق حالة من التوتر، إذ يجعلهم معارضين ومناوئين لكل القيم والمثل والضوابط الاجتماعية والأخلاقية السائدة والتي تنادي بها المدرسة ومناهجها. وتوصلت دراسة فاضل (1994) ان تقديم الأوساط غير السوية للطفل من الممكن أن تقوده بسهولة الى عالم الجريمة عن عمد أو غير عمد.

وأكدت دراسة كاشف (1995) أن هناك العديد من المشكلات التي يمارسها الذكور أكثر من الأناث مثل الهروب من المدرسة في تحقيق أمر ما مثل الذهاب لرؤية مباراة كرة القدم أو السباحة أو السينما أو التدخين أو يكونون متمردين أو مضطربين سلوكياً أو متأخرين دراسياً أو يزاولون انتهاكات غير قانونية مثل الاعتداء على الآخرين والممتلكات الحكومية.

إن وجود التلميذ بعيداً عن البيت والمدرسة، يخلق حالة خاصة تتطلب التأمل والتدبير والحذر إذ انه يتعرض للعديد من الاغراءات والمزالق والاخطار والتي تؤدي به الى الانحراف والجنوح. وكثيراً ما يتم استغلاله من قبل الغير فيقوم بأعمال وأفعال نيابية عن الآخرين مما يؤدي به الى مخالفة القانون. وتتسم شخصيات هؤلاء بالاضطرابات السلوكية وضعف امتثالهم للضوابط والقواعد والأوامر المدرسية.

لقد أكدت دراسة عبد الوهاب (1974) ان المشكلات الخلقية ثم المدرسية ثم النفسية والاجتماعية لها تأثيراً كبيراً على المستوى التعليمي.

وتوصلت دراسة أبو شهاب (1985) الى ان أنماط سلوكية مختلفة تتصل بعلاقة التلميذ مع الآخرين وإنها تؤثر في الضبط الصفي، مثل الضحك دون سبب، وإيذاء الزملاء بالقول والفعل... وغير ذلك من الاضطرابات السلوكية.

وذكرت دراسة (1990) Connolly أن الأطفال من ابناء المعتمدين على الكحول حققوا درجات متدنية في القراءة واللفظ ويعانون من مشكلات سلوكية ذات علاقة بالمدرسة.

كما أكدت دراسة الخليفي (1994) أن المشكلات السلوكية تزداد مع التقدم في الدراسة وأن أبرز المشكلات التي تعانيها المدارس هي إهمال الواجبات المدرسية.

وترى (كازدين، 2000) في دراستها عن الخصائص الدراسية أن هناك عدة عوامل تؤثر في حدوث السلوك الاضطرابي لدى التلاميذ منها: التنظيم، الموقع أو مكان المدرسة، خصائص فيزيقية (التهوية، الإضاءة، الحجم، وحجم المدرسة، الصف، نسبة المعلمين الى التلاميذ، سمات التلاميذ والأسر التي تقدم لهم المدرسة خدماتها. المعلمون في بعض الأحيان قد يسببون السلوكيات المضطربة أو يزيدون من حدتها ويحدث هذا عندما يدير المعلم غير المدرب الصف.

كما فشل التلميذ في الدراسة قد يكون كامناً في قدراته أو امكانات الأسرة، أو يكون في فشل المدرسة ذاتها ونظام التعليم منها. وقد يكون الأباء السبب في فشل أبنائهم في المدرسة من خلال تقديمهم لنماذج سلبية غير ملائمة فيما يتعلق بالقضايا الأكاديمية، أو من خلال فشلهم في تقديم المعززات الجيدة لأبنائهم حول الأداء الأكاديمي.

فقد تعتمد الأسرة أسلوباً في تربية الأبناء في التوجه نحو أهداف غيرمدرسية؛ مثل العمل مع الأب في الحقل أو المحل الصنعة مثل الحدادة والتجارة. وربما الصيد والرعي وتربية الحيوانات وغيرها من المجالات الاخرى، فضلاً عن عوامل كثيرة؛ الوضع الاقتصادي والخلفية الثقافية، والمعتقدات والوعي والعادات والقيم السائدة. نستنتج مما تقدم بأن موقف الاسرة من العملية التعليمية لها اثر كبير في الجهد التربوي لتعليم التلاميذ وتقديرها لقدرات وحاجات وامكانات كل تلميذ وتوفير اللوازم الدراسية وتدريبهم على العادات والقيم الاجتماعية والاخلاقية يكون مصدر قوة للاسر التعليمية.

و. **السرقة** Steeling

السرقة ظاهرة معروفة في قديم الزمان، وللسراق باع طويل وذكر خاص في تاريخ البشرية. وتُعد جريمة في كل زمان ومكان، وتتفق الاديان والمعتقدات والنظريات السياسية والاجتماعية على اعتبار السرقة عملاً محرماً.. ونشاطاً اجرامياً، ويعتبر المال او الشيء المسروق منهوباً ومغتصباً لا يحق التصرف به الابصدد اعادته الى صاحبة.

ويرى "رمزي" 1985 ان السرقة امر لا خير فيه ولا جدوى منه وانه سلوك مليء بالمخاطر مفعم بصنوف الجزاء والعقاب تبدأ السرقة كاضطراب سلوكي واضح في مرحلة الطفولة الوسطى بين (4 – 8) سنوات وبتفاقم الأمر في كثير من الحالات ليصبح جنوحاً مستمراً أو جناحاً متواصلاً في مرحلة الفتوة او ما ندعوه بالمراهقة من (10 – 15) سنة، وقد يستمر الحال لحين بلوغ الحد الى عمر الثامنة عشراً او سن الرشد، لا ينطبق معنى السرقة على تصرفات الطفل قبل سن الثانية فانه لا يعرف معنى الملكية وما حوله وما هو لغيره وتحدث السرقة لاشباع حالة من الاغراء الشديد نحو شيء ويحتاجه الطفل بشده.

ويرى "عزت" ان الطفل الذي لا يعيش في منزل سعيد ويفتقد الأمان ويعاني من الحرمان تتولد عنده دوافع داخلية للاعتداء على ما يملكه الآخرون فيسرقه منهم ويخفف بذلك من توتره العاطفي، اما "العظماوي" فيرى ان الطفل ذا الشخصية المستقرة، والرؤية الأخلاقية الواضحة والسلوك السوي المألوف، غالباً ما يتخلص من الزلات والسرقات ويكشف عدم جدواها وعقم فائدتها.

ولكن الطفل ذو الشخصية المضطربة، والعواطف المتأرجحة، والدوافع الأخلاقية المختلطة والسلوك الشاذ العابث قد يعجز عن ادراك الخطأ الذي وقع عبر سرقاته المتكررة. وهو بحالة هذا يندفع باتجاه تكريس السرقة كسلوك متواصل وربما متطور ليصبح نمطاً راسخاً في سلوكه الاجتماعي.

إن العوامل النفسية لها دور كبير وراء السرقة اذ لا يمكن تفسير كثير من السرقات بدافع واحد مثل الحاجة، او الجوع أو المغامرة، وقد تخلط الدوافع النفسية والذاتية بعوامل اخرى في البيئة والمحيط. وهي الا وسيلة لغاية، والاشياء التي يسرقها الأطفال ليس في الحقيقة هدفهم الذي يعملون للوصول اليه، بل ان الشيء المسروق ليس سوى أداة تستخدم في اصابة الهدف المرغوب. او قد تكون السرقة نفسها وما يرتبط بها من الحالات مشكلة سيكولوجية صعبة، ذلك لأن الاسباب كثيراً ما تكون خافية على الطفل كل الخفاء تعمل مخبوءة بلا شعور، ومع ذلك فان هذا ليس هو الدافع في كل الأحيان. فكثيراً ما يستلزم نجاح فعلته خططاً محكمة الاعداد يعمل فيها فكرة ويكدح فيها ذهنه.

تصنيف الاضطرابات السلوكية:

وهذا التصنيف يعتمد على تعدد المحاور Axes او الابعاد على النحو التالي:

اضطرابات المحور الأول axis I وتتضمن وجود اضطرابات اكلينيكية ترجع الى اضطراب الانتباه.

أ. اضطرابات المحور الثاني axisII وتتضمن اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي.

ب. اضطرابات المحور الثالث axis III وتتضمن الاضطرابات التي ترجع الى ظروف صحية.

ج. اضطرابات المحور الرابع axis – IV وتتضمن المشكلات البيئية أو النفس اجتماعية.

د. اضطرابات المحور الخامس axis – V وتتضمن تلك الاضطرابات التي ترجع الى الاختلال الكلي في الاداء الوظيفي اليومي.

وتتمثل الملامح الرئيسية لاضطراب السلوك في نمط السلوك الذي يقوم الطفل من خلاله بتجاهل حقوق الاخرين. أو لا يتمثل للمعايير والأدوار التي ترتبط بالعمر الزمني وحتى يتم القيام بتشخيص معين لابد ان تظهر مجموعة من

السلوكيات المشكلة ، ويجب ايضاً ان تستمر لعدة شهور على ان يكون لها مجموعة من الاعراض المتضمنة التي عرضت سابقاً. وطبقاً لما هو وارد في DSM – IV يتم تشخيص الاضطراب السلوكي في الحالات الآتية:

أ. اذا اظهرت على الشخص ثلاثة اعراض على الاقل من تلك التي تضمنتها القائمة.

ب. اذا ظهرت تلك الأعراض خلال الاثنى عشر شهراً السابقة.

ج. اذا كان احد هذه الاعراض على الاقل قد ظهر خلال الشهور الستة السابقة.

عوامل ظهور الاضطرابات السلوكية.

يتاثر السلوك بالعوامل البايولوجية مثلما يتاثر بالعوامل البيئية اذ ان هناك علاقة بين جسم الانسان وسلوكة وتعزى الاضطرابات السلوكية الى العوامل الجينية والعصبية والبيوكيماوية ، لاسيما عمليات الأيض ويعتقد بعض المختصين ان كل الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي (الحساسية) للاضطراب. ومع انها قد لا تكون السبب في مشكلات السلوك الاانها ربما قد تدفع البعض منهم الى المشكلات السلوكية. وهناك الكثير من الدلائل والبراهين ما يثبت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطراب السلوكية والانفعالية الشديدة جداً لدى بعض الأطفال ويؤكد بعض الباحثين على وجود منحنى بيولوجي لبعض الاضطرابات مثل فقدان الشهية ، والشره المرضي. فهناك عوامل تسهم بشكل كبير في ظهور الاضطرابات السلوكية هي:

عوامل أسرية (اجتماعية)

قد نجد ان الجنوح في المراهقة يكون مسبوقاً باضطراب السلوك في الطفولة وبعلاقات عائلية تتميز بالعدوانية والاضطراب وبفقدان احد او كلا الابوين وقد يكون احد الابوين ذا ميول لا اجتماعية او مضطرب نفسياً. ومن هنا

تاتي اهمية الاسرة في حياة الفرد لكونها مسرحاً للتفاعل الذي يتلقى فيه التنشئة الاجتماعية الى ان يصبح عضواً فيها ، ومن خلال عضويته فيها وعلاقاته بهم، يخلق له أدواراً يمتد من اداء وظائفها ووضعه ومركزه الاجتماعي.

ويشير (الرفاعي) نقلاً عن الريحاني ان اساليب معاملة الوالدين للأبناء والجو العاطفي في الاسرة يمثلان مكانه مهمة في تكوين شخصيتهم. واساليب تكيفهم. ليس هناك اختلاف حول اثر الاسرة التربوي والاجتماعي والنفسي لا سيما الوالدين في تشكيل الفرد. فأساليب المعاملة الوالدية لها تأثيرها البالغ الاهمية في مفهوم الأبناء لذواتهم وانماط تكيفهم ومستوى شعورهم بالأمن وقدرتهم على التغلب على مشكلاتهم والحياة المعقدة ويؤكد علماء النفس ان سلوك الطفل يتشكل خلال الخمس سنوات الأولى من عمره.

كما ان نوع العلاقة القائمة بين الطفل وأسرته لها أثر كبير في ظهور تلك الاضطرابات السلوكية او عدم ظهورها فالاسرة التي تعامل أبناءها بحب وعطف وتقدم لهم الرعاية المناسبة غالباً مايسلك أطفالها سلوكاً طبيعياً متوقعاً. اما اذا كان العكس فان سلوكهم سيكون غير طبيعي وذلك بسبب اهمال الوالدين او القسوة الشديدة سواء أكانت هذه المعاملة شعورية أم لا شعورية؟ مثل الاحباط المتصل والإنكار لشخصية الطفل حاجاته والنقد اللاذع المستمر والمضايقة والمطالبة بمستويات تفوق قدراته أو تفضيل طفل آخر عليه أو بعدم الاكترات التام بحياته ومطالبه. ويؤكد العلامة ابن خلدون عن اضرار الشدة والقسوة على الأبناء قائلاً "ان تحميل ما لا يطاق بالتربية مضر بالفرد ولا سيما في الصبية الصغار، لانه يفسد الملكة، ومن كان مرباه بالعسف والقهر سطابه القهر، وضيق النفس في انبساطها وذهب بنشاطها ودعاه الى الكسل، وعمل على الكذب والخبث وهو التظاهر بغير ما في ضميره خوفاً من انبساط الأيدي بالقهر عليه، وعمله المكر والخديعة واكتساب العادات السيئة التي لا يرضاها من هم حوله".

وان وجود الفرد المدمن في الأسرة يعني اضطراب هذه الأسرة بشكل من الأشكال. وقد ثبت في احدى الدراسات العلمية ان 97٪ من الشباب المضطربين سلوكياً والمعتمدين على الكحول ينتمون الى أسر مضطربة وذلك بسبب عدم انسجام الوالدين ووجود خلاف بينهما كالطلاق او غياب احدهما او التعامل القاسي مع الابناء مثل الاستهزاء بهم او ضربهم بقسوة او السخرية منهم والحط من قدراتهم ولا سيما اذا كان الآباء ضعاف الشخصية ولا يستطيعون السيطرة على ابنائهم وتقويم اعوجاجهم.

ان التطور السريع الحضاري والتكنلوجي الذي ربما سبب في زيادة الفجوة بين الوالدين والأبناء سواء من حيث تفاوت ام من حيث استخدام اللغات المختلفة؟ وتخلف الاتصال الصعب بينهم. ويرى بعض الباحثين ان الأباء والأمهات لم يعودوا مصدراً يرجع اليه ولا مصدراً للمعرفة ولا أنموذجاً يتبع ولا مصدراً للقيم، بحيث يصيرون قناة متصله بين المستويات العمرية المتباينة وعليه ينبغي ان يشعر الطفل بالعدل في توزيع المحبه الولديه بين الأخوان لكي لا تثور لديه مشاعر الغيرة والكراهية وينمو لديه التعصب او العدوان او الاتجاه نحو الجريمة او أي نوع اخر من الاضطرابات السلوكية.

كما ان النظام الأسري في الوقت الحاضر وطرق تربية الأبناء فيه، يعاني من تصدع خطير في عصرنا وذلك بسبب الظروف الاقتصادية السياسية، كما يمكن ان تصاب الاسرة باضرار خطيرة، من جراء افراط احد اعضائها في تعاطي مواد مؤثرة نفسية او الاعتماد عليه. ويحدث هذا الضرر نتيجة للتأثيرات العاجلة لتعاطي المواد المخدرة، كالعنف أو التأثير الطويل الأجل كالخلافات التي تتعرض لها الأسرة وتفككها نتيجة للإدمان المزمن. واذا تحول أي فرد من افراد الأسرة الى معتمد لمادة مؤثرة نفسية، فان الأسرة جميعها تتأثر بطريقة أو بأخرى.

إن مشكلات الاعتماد على الكحول في الأسرة ولا سيما بين الوالدين، قد تستمر سنوات ويظل اعضاء الأسرة يعانون الكرب كل على حده. كل الناس تقريباً معرضون للوقوع فريسة لمشكلات الاعتماد على الكحول انه قد يحدث في أي اسرة، ومع أي مستوى تعليمي، بين الأغنياء والفقراء، وفي كل مهنه وفي جميع الأعمار. ورغم هذا فان بعض الناس معرضون اكثر من غيرهم لهذا الخطر، فالرجال من الشباب ومتوسطي العمر اكثر تعرضاً وكذلك الحال مع أبناء من يعتمدون على الكحول.

العلامات والاعراض الثانوية لمشاكل الاعتماد على الكحول: وتشمل

1. قسوة قاسية متكرره مع الزوج أو الاطفال وتكون باشكال مختلفة.
2. خلافات زوجية أو انفصال.
3. مشكلات مالية.
4. اهمال الاطفال.
5. ضعف الأطفال دراسياً في المدرسة.
6. سلوك منحرف لدى الأطفال، بما في ذلك الاعتماد على الكحول والتغيب عن المدرسة بدون اذن.

لقد ظهر نسبة (17 ٪ - 71٪) من المدمنين على الكحول يسيئون معاملة أطفالهم ويقومون بضربهم وإيذائهم جسدياً أثناء اصابتهم بنوبات سلوكية عدوانية والتي يكون سببها شرب الكحول، وان نسبة (64 ٪ – 71٪) من الأطفال يظهرون مشاعر النبذ والكرب للاباء بسبب العلاقة السيئة بينهم الناجمة عن السلوك العدواني والمؤذي لهم. (Beardslee, 1986) وتؤكد دراسة Moses (1977) ان الوالد المعتمد على الكحول يكون مبتعداً عاطفياً عن الطفل ومتمسكاً ومتعلقاً عاطفياً بقنينة الشراب.

وقد وجدت دراسة Bear dleew. R. and other, (1963) p.584-591 علاقة ذات دلالة معنوية في دراسة Beardlww W. R. et. al. (p 0.01) ضمن اساءة معاملة وضرب الطفل جسمياً ورفض الوالد (X2 = 8 – 102).

6. العوامل المساعدة على حدوث الاضطراب السلوكي: وتضم ما يأتي:

أولاً: عوامل ترجع الى الطفل، وتشمل:

1. **الحالة المزاجية للطفل** Child Temperament:

يُعدّ المزاج من الجوانب الاساسية في شخصية الطفل والتي تتسم ببعض الثبات او الاتساق عبر المواقف المختلفة وعبر الزمن. ويكون اما وراثياً أو بنوياً.

ويرى بلومين (PLONIN 1983) ان ابعاد المزاج والذي يستخدم في التمييز بين الأطفال هو بُعد السلاسة والصعوبة في التعامل. السلاسة في **التعامل** (Easy Difficult) انهم يتسمون بالطبع Mood الايجابي، والتوجيه نحو المثيرات الجديدة، وقابلية التكيف للتغير، وانخفاض مستوى الحد في ردود افعالهم للمثيرات الجديدة في حين نجد ان الاطفال الذين يتسمون بصعوبة التعامل (Difficult Children) يبدون انماطاً عكسية لتلك السمات التي ذكرناها، ويكون من المحتمل بالنسبة لهم يظهروا مشكلات سلوكية متزامن او ان تتطور لديهم هذه المشكلات فيما بعد.

2. **المشكلات وأوجه القصور النفس عصبية** Nearopsychlogical:

وتشير الى الجوانب المختلفة من الأداء الوظيفي التي تعكس الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي وتؤثر في مجموعة من مجالات الأداء الخاصة. وتشمل هذه المجالات القدرات المختلفة مثل العمليات المعرفية، واللغة والكلام، والتآزر الحركي والاندفاعية، والانتباه والقدرات العقلية أي الذكاء. وتعكس مثل هذه العمليات من المنظور النفسي عصبي الأداء الوظيفي للمخ، كما تعكس نمو المخ ايضاً.

يـرى موفيـت(1993) Moffittان المشـكلات واجـه القصـور العصـبية Neuroiogical الـتي تحـدث كـثيراً في حيـاة الطفـل تضـعه في مـازق وتعـد بمثابـة عـاملاً مسـاعداً بالنسـبة لـه في حـدوث مشـكلات سـلوكية تالية وحـدوث الجنـوح وعدم التقيد أو الالتزام بالقانون.

ان تحديد المشـكلات واوجه القصـور يتم باسـتخدام مقـاييس نفـس عصـبية مقننة وعلى سبيل المثـال نجـد اوجـه القصـور في الوظـائف المختلفة المرتبطة بالتعلم اللفظـي، الطلاقـة اللغويـة، نسـبة الـذكاء اللفظـي أو اوجـه القصـور المرتبطـة بالـذاكرة، والتـآزر الحركـي، او بتكامـل الاشـارات السـمعية البصـرية، والوظائف الاجرائية التنفيذية مثل التفكير المجرد، وتكوين المفاهيم والتخطيط والتحكم في الانتباه تعد من العوامل التي يمكن من خلالها التنبؤ بالاضطرابات السلوكي اللاحقه وتعد هذه العوامل وما يرتبط بها من اختلال في الأداء الوظيفي موضع اهمام لأن العديد من المقاييس تعكس الأداء الوظيفي لأبنية مـن المخ ومـن ثم تعكس الدعامات العصبية المحتملة للاضطراب السلوكي.

3. المستويات دون الاكلينيكية للاضطراب السلوكي Subclinical Disorder

ان الاضـطراب السـلوكي مـرتبط بعمـر الطفـل وكلمـا كانـت بدايـة الاضطراب في وقت مبكـر مـن حياتـه كانـت المشـكلات التي تصـدر منـه اكـثر حـدة واكـثر احتمـالاً بتعرضـه لهـا. وهـذا مـرتبط بالانمـاط السـلوكية المختلفـة المضـادة للمجتمـع سـواء اكانـت تحـدث في البيـت ام المدرسـة ام المجتمع المحلـي ؟ وتعد عوامل مساعدة له.

يـرى فـارنجتون (1991) Farnigton ولـوبر (1991) Loeber ان مسـتويات الاضطراب السلوكي دون الأكلينيكـي يمكنها التنبؤ بالاضطراب السلوكي اللاحق. وكذلك المقاييس التي يتم تطبيقها علـى المعلمين والاقـران والـتي يمكـن من خلالها قياس العدوانية وعـدم قابليـة الطفـل للترويض وذلـك في وقـت مبكـر أو متاخر في السنوات الدراسة بالمدرسة.

4. الأداء الأكاديمي للطفل ومستوى ذكائه :

يرتبط القصور الاكاديمي وانخفاض مستوى الاداء الوظيفي للذكاء بالاضطراب السلوكي. والعلاقة تتضح من خلال تطبيقه مقاييس عديدة للذكاء والاداء الوظيفي مثل اختبارات الذكاء اللفظية وغير اللفظية، والدرجات التي يحصل عليها الطفل في المدرسة.

يرى كل من باتشمان وآخرين (1978) Bachman et.al, وليدنجهاموسكوار تزمان (1984) Ledingham& لدنكهام من خلال الاضطراب السلوكي للطفل يمكن التنبؤ بالفشل في المدرسة وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي.

ثانياً : عوامل ترجع الى الوالدين والاسرة :

هناك عدد من العوامل التي تساعد على حدوث الاضطراب السلوكي للاطفال والمراهقين وان كانت ترجع في اساسها الى الوالدين والاسرة وليس الى الطفل نفسه. ومن هذه العوامل ما يلي:

1. الوراثة :

يرى ديلالاوجوتسمان (1989) Dilalla&Gottesman ان النتائج لعديد من الدراسات توضح ان العوامل الوراثية تلعب دوراً هاماً في تعرض الافراد للاضطرابات السلوكية.

وفي دراسة للتوائم المتشابهة وغير المتشابهة اثر دور المؤثرات الوراثية وجد معدلات اتفاق اكثر ارتفاعاً بين التوائم المتشابهة مقابل التوائم غير المتشابهة حيث يزداد احتمال تعرض التوأم الآخر لنفس الاضطراب الذي تعرض له التوأم الأول.

وتكون مثل هذه المعدلات اكثر ثباتاً في حدوثها وارتفاعها مع حدوث الانتقال الجيني أو الوراثي. Genetic Transmission وقد كشفت مثل هذه

الدراسات عن حدوث معدلات كبيرة من الاتفاق في حدوث الجنوح في هذا الاطار فضلاً عن الاضطرابات السلوكية.

يرى جوتسمان وآخرون Gottesman et.al,(1983) ان معدل الاتفاق كان اكثر من الضعف بين التوائم المتشابهة قياساً بالتوائم غير المتشابهة.

وتوضح نتائج دراسات التبني كدراسات كراو Grawe (1974) وكادوريت Gadoret (1978) ان الاضطراب السلوكي للطفل وارتكابه سلوكيات مختلفة يجد الفرصة سانحة أمامه كي يزداد معدل احتمال حدوثه ولاسيما اذا ما اظهر احد الاقارب البيولوجين للطفل مثل هذه السلوكيات.

وتدعم هذه النتيجة دور الوراثة في الإسهام في ظهور الاضطراب السلوكي. ومع ذلك فإن العوامل الوراثية بمفردها لا تعد هي المسؤولة عن النتائج التي كشفت عنها تلك الدراسات. ومنها دراسة Cadoret& Cain (1981) التي تؤكد ان التبني يتأثر بالعوامل البيئية التي تعمل كعوامل معاكسة أو غير ملائمة في البيت كالخلافات الزوجية واختلال الاداء الوظيفي السيكاتري للوالدين أو احدهما، الى جانب تعرض الطفل لعناية متقطعة من جانب الام البديلة قبل ان يستقر وضع التبني كوضع نهائي، فضلا عن عمر الطفل. ويمكن القول وجود دور مشترك لكل من العوامل البيئية والوراثية.

ويرى برينان وآخرون Brennan et.al,(1991) ان مثل هذا الاسهام المزدوج للمؤثرات الوراثية والبيئية يتضح بشكل جلي في الدراسات التي اوضحت ان الاضطراب السلوكي لدى كل من الاب البيولوجي او الاب بالتبني، ومع ذلك فإن احتمال اظهار الطفل للاضطراب السلوكي يزداد بدرجة كبيرة. ويؤكدها كادوريت وآخرون Cadoret et.al(1983)

بوجه عام يبدو ان تاثير الوراثة يكون هو الاقوى والاكبر على الاضطرابات السلوكية في مرحلة الرشد قياساً بما يكون عليه بالنسبة لكل من الاطفال والمراهقين.

وفي دراسة اجريت من قبل Guze توصل الباحث الى ان 9٪ من افراد الاسرة المصابين بالاضطراب السلوكي هم من الشخصيات الضدية للمجتمع وان نسبة الاصابة عند الاولاد اكثر من تلك عند الفتيات. كما وجد بان النسبة المقدرة بـ15٪ تنحدر من اسر يكون افرادها مدمنين على الكحول، ونستنتج مما تقدم ان الاطفال الذين ينحدرون من اباء مدمنين على الكحول يعانون وبصورة اكثر احتمالا من الاضطرابات النفسية ومن مشكلات اخرى في مرحلة الصبا مما تؤثر على سلوكهم الشخصي.

2. المرض النفسي والسلوك الاجرامي في الاسرة:

يرى روتروى وآخرون Rutter et.al,(1970) وورنروسمث Werner & Smith (1992) ان اصابة الوالدين او احدهما بمرض نفسي يزيد من احتمال تعرض الطفل لاختلال الاداء الوظيفي النفسي بوجه عام ويعد في الوقت ذاته من العوامل المساعدة على ذلك.

يرى كل من روتروجيليرRutter& Ciller وبست وبرنز Prinz West (1987) ان تعرض احد الوالدين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع يتعرض لها الابناء باضطراب في السلوك.

3. التفاعل بين الطفل ووالديه

يشير فارنجتون(1978) Farrington وكازدين(1985) Kazdin ان اساليب العقاب في الاسر التي ينحدر منها الافراد ذوو الاضطرابات السلوكية غالباً ما تكون متطرفة ويميل مثل هؤلاء الاباء والامهات في الواقع الى تبني اتجاهات جافة حيال اطفالهم الى جانب اساليب معاملة قاسية لهم.

ويرى باترسون وآخرون Patterson et.al,(1992) انه من اكثر الاحتمالات بالنسبة لوالدي الاطفال اللذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع ان يصدر العديد من الاوامر لاطفالهم وان يقوما بعقاب الطفل على سلوكه المنحرف وذلك

بشكل مباشر من خلال لفت انتباهه وجعله يطيع الاوامر التي يصدرانها له، لكنها في الوقت نفسه يتجاهلان ما يصدر عنه من سلوك اجتماعي مما يعمل على تعزيز النتائج المعاكسة لمثل هذا السلوك.

وتوضح التحليلات الدقيقة للتفاعلات التي تحدث بين كل من الوالدين والاطفال ان السلوك المضاد للمجتمع ولاسيما بعض انواع الاضطرابات السلوكية يتم التدريب عليها بشكل منظم في منازل الاطفال التي تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع وان كان مثل هذا التدريب لا يحدث عمداً.

4. الانفصال بين الوالدين والطلاق والخلافات الزوجية:

يرجع الانفصال من جانب احد الوالدين او كليهما الى عدد من العوامل مثل الوفاة او الايداع في احدى المؤسسات او الطلاق. ان حدوث الانفصال خلال طفولة الفرد يزيد من خطر تعرضه لخلل سيكاتري من خلال اصابته او تعرضه للعديد من اضطرابات الطفولة. وسواء حدث الانفصال بين الوالدين ام لم يحدث فان مدى الخلافات الزوجية والصراع الظاهر هو الذي يرتبط بمخاطر تعرض الطفل للاضطراب السلوكي واختلال الاداء الوظيفي خلال مرحلة الطفولة. ويعد بالتالي من العوامل المساعدة على ذلك.

يرى جافيه وآخرون Jaffe et.al,(1990) ان الصراع بين الوالدين وزيادة حدته وعلانيته يتم عن اساءة الاستخدام الجسمي بينهما وتؤدي إليه، وان رؤية الاطفال لمثل هذا العنف يزيد من احتمال ان يظهر هؤلاء الاطفال انفسهم العنف في تعاملاتهم مع الآخرين.

5. الترتيب الميلادي وحجم الاسرة:

يرى ابرون وآخرون Eronet,al. (1991) ان الترتيب الميلادي للطفل يرتبط ببداية حدوث الاضطراب السلوكي لديه حيث تزداد الاضطرابات السلوكية بين

الاطفال ذوي الترتيب الميلادي قياساً بالطفل الوحيد The only child او الاطفال ذوي الترتيب الميلادي الاول او اقرانهم ذوي الترتيب الميلادي الآخر.

ليس بعدد الاخوات الاناث فان كان هناك من الاخوة الذكور من تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع يزداد احتمال مخاطر تعرض الاخوة الآخرين للاضطرابات السلوكية.

6. تدني المستوى الاقتصادي الاجتماعي

يشير هاوكنز وآخرون Haw Kins et.al (1992) ان الفقر والازدحام الزائد في المنزل، والبطالة والعيش على المعونات الاجتماعية، والظروف المنزلية السيئة تعد من اهم العوامل التي تنتم عن سوء المستوى الاقتصادي الاجتماعي للاسرة والتي تزيد من مخاطر تعرض الابناء للاضطرابات السلوكية.

ويرى كلوفين وآخرون(1988) Klovin et.al (التنبؤ بالسلوك الاجرامي من جانب الراشدين بعد ذلك بثلاثين عاماً). من ناحية أخرى فأن تفسير اثر انخفاض الدخل وما يرتبط به من مؤثرات لسوء المستوى الاقتصادي الاجتماعي يزداد تعقيداً من جراء ارتباطه بالطبقة الاجتماعية وتعد عوامل مساعدة على حدوث الاضطراب السلوكي وتزيد من احتمال تعرض الاطفال له الحجم الكبير للاسرة، والازدحام الزائد للمنزل بالافراد، والاشراف غير الجيد على الطفل وغير ذلك، الا انه عندما تم تثبيت اثر مثل هذه العوامل فان سوء المستوى الاجتماعي في حد ذاته لا يرتبط دائما بالاضطراب السلوكي. فمن المحتمل ان يؤدي سوء المستوى الاقتصادي الاجتماعي الى تفاقم اثر العوامل الاخرى، فنجد على سبيل المثال ان المصادر المالية المحددة للاسرة تقلل من احتمالات الاشراف الجيد على الطفل والرقابة الجيدة ورعايته وغياب الوالدين عن المنزل تزيد من احتمال تعرض الاطفال للاضطرابات السلوكية.

ثالثاً: عوامل ترجع الى المدرسة

تعد المدرسة من العوامل التي تساعد على حدوث الاضطرابات السلوكية للاطفال والمراهقين ومن اهم هذه العوامل ما ياتي:

خصائص الوضع المدرسي: ان خصائص الوضع المدرسي تعدّ احد المصادر التي تزيد من احتمال مخاطر تعرض الطفل للاضطرابات السلوكية، لان المدرسة هي البيئة الثانية للطفل. فهي عامل جوهري في تكوين شخصية الفرد وتقرير اتجاهاته وسلوكه وعلاقته بالمجتمع الاكبر. فهو يدخل المدرسة مزوداً بالكثير من المعايير الاجتماعية والقيم والاتجاهات.

وتتوسع الدائرة الاجتماعية عنده حيث يلتقي بجماعات جديدة من الرفاق وفيها يكتسب المزيد من المعايير الاجتماعية في شكل منظم، ويتعلم ادواراً اجتماعية جديدة حين يلقن بحقوقه وواجباته واساليب ضبط انفعالاته والتوفيق بين حاجاته وحاجات الاخرين. لقد زادت مسؤولية المدرسة في الوقت الحاضر، منها تعقد الحياة الظاهرة والحالة الاقتصادية، مما جعل الاسرة تفقد بعض ادوارها التقليدية في تربية الطفل والاهتمام به علمياً، كاشراكه في أعمال الاسرة في بعض الأحيان، مما جعل العبء الاكبر يقع على المدرسة.

ويرى كوين Gowen نقلاً عن Apter إن الأطفال يجب أن يحققوا شيئين في المدرسة هما التعلم والتكيف. ويعتقد أن عدداً كبيراً منهم لا يتعلمون في المدرسة، وأن عدداً كبيراً منهم لا يستطيعون التكيف.

أما يحيى فيرى آن بعض الأطفال يضطربون حين التحاقهم بالمدرسة والبعض الآخر في أثناء سنوات الدراسة، ويمكن أن يصبحوا بوضع افضل أو أسوأ من جراء المعاملة التي يتعاملون بها داخل الصف. وقد يسبب المعلمون في بعض الأحيان السلوكيات المضطربة للتلاميذ أو يزيدون من حدتها، ويحدث هذا عندما يدرس المعلمون غير المدربين أو عندما لا يراعون الفروق الفردية بينهم،

فضلاً عن بعض التلاميذ يقومون بسلوكيات مضطربة لتغطية قضية أخرى مثل صعوبة التعلم ولا يهتم المعلم بما يحدث في داخل الصف.

ويؤكد البعض على العلاقة بين الاضطراب في السلوك والموقف الصفي، ومنهم رينريتReineret نقلاً عن آبترApter الذي يقول إن التلميذ يكون مضطرباً إذا كان سلوكه غير ملائم في الصف بحيث يخل في نظام الصف، ويشكل ضغطاً على المعلم وإزعاجاً لبقية التلاميذ.

وقام روترRutter وزملاؤه (1979) بدراسة خصائص أثنتي عشره مدرسة مختلفة ومدى إرتباطها بما يتضح في سلوك الطلاب وتشمل الدراسة الانتظام في الحضور للمدرسة، والاستمرار في الدراسة، ومعدلات الجنوح، والأداء الأكاديمي، وأتضح أن العديد من الخصائص المرتبطة بالمدرسة لها تأثير كبير في النتائج التي تم التوصل إليها كما يعكسها سلوك الطلاب. وتضمنت هذه الخصائص تأكيداً على العمل الأكاديمي، والوقت الذي يستغرقه المعلم في شرح الدروس، ومدى تقبله واستحسانه للعمل المدرسي، والتأكيد على الظروف الجيدة، ومدى استفادة الطلاب من المعلم ونجاحه في التعامل مع مشكلاتهم، فقد أوضحت النتائج أن الارتباط بين العديد من هذه العوامل – وليس أي متغير بمفرده – يسهم في الوصول بالطالب الى النتيجة التي يعكسها حوله، ويمكن القول ان خصائص المدرسة قد تسهم في حدوث الاضطرابات السلوكية وتزيد من احتمال مخاطر التعرض لها.

رابعاً: عوامل أخرى

يرى روتروجلير Rutter&Giller (1983) ولوبر Loeber (1990)، ويوشيكاوا Yoshikawa (1994) بأنه توجد هناك عوامل مساعدة في حدوث الاضطرابات السلوكية منها عوامل اضافية ترتبط بالوالدين والأسرة مثل التخلف العقلي لأحد الوالدين او كليهما، والحمل في أثناء فترة المراهقة، والزواج المبكر للوالدين، ونقص اهتمام الوالدين بالاداء المدرسي للطفل، ونقص المشاركة

للاسرة أو انخفاض مستوى مشاركة الاسرة او انخفاض مستوى مشاركة الاسرة في القيام بالانشطة الدينية والترفيهية. وكذلك بالنسبة الى التعقيدات التي تحدث قبل الميلاد Prenatal وقرب الميلاد Perinatal كإصابة الأم بمرض معدٍ، والولادة المبتسرة وانخفاض وزن الوليد، وحدوث خلل في التنفس عند الميلاد، والاصابات البسيطة التي قد يتعرض لها الطفل عند ميلاده وهو ما يزيد من احتمال مخاطر قيام الطفل بالسلوك المضاد للمجتمع والسلوك الجانح. ويضيف موازيك وهاجرتي Mrazek& Haggerty (1994) الى المرض المزمن خلال مرحلة الطفولة، والتلف الذي قد يصيب الجهاز العصبي المركزي وهو ما يحدث في أثناء الولادة. كما أن هناك عوامل أخرى مؤثرة مثل مشاهدة أفلام العنف والعدوان في التلفزيون خلال مرحلة الطفولة.

ويؤكد ستراسبورجر Strasbarger (1995) أن وسائل الاعلام تعرض أفلام العنف في السينما وكذلك ألعاب الفيديو التي ربما قد تزيد من احتمالات حدوث مشكلات سلوكية لدى الاطفال.

النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية:

تتعدد النظريات التي تفسر الاضطرابات السلوكية بحسب الجانب الذي تهتم به النظرية، فبعضها يفسر الاضطراب السلوكي على أساس بيولوجي وبعضها على أساس تعليمي وأخرى تهتم بالجانب المعرفي.

وسنحاول هنا اعطاء صورة مختصرة للنظريات التي فسرت الاضطرابات السلوكية والتي منها:

النظرية البيولوجية

يرى أصحاب النظرية البيولوجية ان العامل الوراثي والعامل الفسيولوجي هما العاملان الأساسيان اللذان يؤثران في الاضطرابات السلوكية. فالعامل

الوراثي يجعل الفرد يورّث من الجينات مما يساعد على أن يكون لديه أستعداد للإصابة بهذه الاضطرابات.

وينتقل الاستعداد بالاصابة بالاضطرابات عن طريق جينات (مورثات) معقدة متعددة، تجعل الفرد مستعداً للاضطراب. وعندما تورث هذه الصفات فأنها تهيمن على التفاعلات الكيمياوية، فتزيد من سرعة بعضها وتقلل من بعضها، فيصبح المحيط مستعداً لدفع التفاعلات باتجاه سرعة الاستثارة العصبية والتوتر والصراع، مما يجعل الفرد مستعداً للشد النفسي والاضطراب السلوكي.

وأكدت بعض الدراسات ان الجينية لها أثر في تكوين السلوك العدواني عند الافراد فالذكور ذو التركيب الجيني (xyy) يظهرون سلوكيات عدوانية اكثر من الذكور ذوي التركيب الجيني (xy)، مما جعل الباحثون يهتمون بدراسة علاقة ثلاثي كروموسوم الجنس بالعنف.

أما أثر العامل البايولوجي في الاضطرابات السلوكية فقد افترضت هذه النظرية بأن له أثاراً في وظائف أجزاء من الجهاز العصبي تقوم بتحرير سلسلة التنبيه التي ترجع بشكلها النهائي الى الخارج.

وان سلوك الفرد يتأثر في عاملي الاستثارة والكف، فمركز الاستثارة ينتشر في المركز والقوى الدفاعية تحت القشرة واللحاء، وتؤدي استثارة هذه الخلايا في أجهزة عديدة كالهيبوثلامس الى جعل الفرد مضطرباً هائجاً. وتأتي هذه النتيجة بسبب العوامل الكامنة للاستثارة والمنتشرة في لحاء المخ التي اصبحت ضعيفة، ولم تتمكن ان تكف هذه الاستثارة أو تقبضها.

لقد اخذ بعض العلماء والباحثين بالنظرية البيولوجية في تفسير الاضطرابات السلوكية، واتباع المنهج العلمي في دراسة هذه العوامل، وتاثيرها في السلوك. فقد حصلت هذه النظرية مثلاً على بعض التأييد من صاحب نظرية التحليل النفسي فرويد الذي اشار الى ان للعامل البيولوجي اثراً مهماً في توجيه سلوك الفرد وتكوين الحياة النفسية له. (هول ولندزي، 1971، ص33) غير انه

سرعان ما تخلى كثير من الباحثين عن هذه النظرية بعدما تبين عدم دقتها، اذ كشفت الدراسات التي تميزت بالضبط التجريبي عدم صحة فروض النظرية، ولاسيما فيما يتعلق باضطراب الهرمونات وخلل كروموسومات الجنس بوصفها سببين فطريين للاضطرابات السلوكية.

نظريات التعلم

استنبطت نظريات التعلم تأثير الأسرة من الأبحاث المتعلقة بعمليات التعلم الأساسية، وبشكل أساسي من أبحاث ونظرية كل من سكنر (Skinnr) وباندورا (Banadura)، ومن منظور عملية التعلم الاجتماعي فإن كل من السلوكيات الطبيعية والمنحرفة تحدث وتستمر من خلال العديد من معطيات عملية التعلم. وتتمثل هذه المعطيات بعمليات التعزيز والعقاب والتعلم الملاحظ (النمذجة والتقليد). فالسلوكيات التي تكافأ تقوى او تزداد سواء أكانت سلوكيات تكيفيه ام غير تكيفيه.

وترجع نظرية اكتساب السلوك الاجتماعي الى ضعف استغلال طاقات الفرد والبيئة المحيطة به. والى ما يتعلمه الفرد من استجابات الاخرين المحيطين به، فالسلوك الاجتماعي يرجع الى عدم نجاح الطفل في تعلم السلوك اللاجتماعي المرغوب او تعرضه لمواقف تتصف بالاحباط والصراع والتناقضات، مما يؤدي به الى عدم قدرته على التميز.

وفقاً لباندورا فان احدى القضايا الرئيسة لاي نظرية تعلم هي كيف يتعلم الانسان استجابة جديدة في موقف اجتماعي؟ توضح الابحاث ان الفرد يستطيع تعلم الاستجابة الجديدة لمجرد ملاحظة سلوك النموذج (Moodeling) واكتساب الاستجابة من خلاله ونتيجة لذلك فان الاباء قد يكافؤون ثورات الغضب لدى ابنائهم من خلال السماح لهم في ان يختاروا الطريقة التي يرغبونها، وقد يكافئ الاباء العدوان لدى ابنائهم اذا ما ابدوا انتباهاً لهم من خلال توبيخهم او من خلال تجاهلهم في مرات اخرى، وقد يسبب الاباء فشل ابنائهم في المدرسة من خلال

تقـديمهم لنمـاذج سـلبية غـير ملائمـة فيمـا يتعلـق بنمـاذج اهتمـامهم بالقضـايا الاكاديمية، او مـن خـلال فشـلهم في تقديم المعززات الجيدة لابنـائهم حـول الاداء الاكاديمي.

ممّا تقـدم يمكـن القـول ان انمـوذج التعلم يقـوم علـى اسـاس الافـتراض بـان الاطفال يتعلمون انماطاً من السلوك. فالسلوك غير الملائم يمثل تعامل غير ملائـم، لأن فرضية التدخل السلوكي تؤكد بأنه أذا كان من الممكن توجيه التفـاعلات الاسـرية بحيـث تكـافئ الانمـاط السلوكية الملائمـة، فـإن الطفـل ووالديـه سـوف يتعلمون التصرف بطريقة ملائمة اكثر.

النظرية المعرفية

ان وجهـة النظـر المعرفيـة تـأتي مـن التصـور المعـرفي للبنـاء الانفعـالي للانسـان وعلاقته بالعمليات العقلية، لأن الخلل والاضطراب يكمنـان في ذلـك البنـاء الـذي يـؤثر في جوانـب الشخصـية الاخـرى (بيولوجيـة)، والـتي تـرتبط بوظـائف احـد الاجهـزة، ولاسـيما الجهـاز العصـبي المركـزي الـذي تتمثـل نشـاطاته اساسـاً في العمليات المعرفية مثل الادراك، والتـذكر، والتفكير، كـذلك يـترك الخلـل في البنـاء الانفعـالي تـاثيراً سـلبياً في مهـارات الفـرد الـنفس- حركيـة. والشـخص المضطرب هو الذي يعاني من عدم القدرة علـى اشـباع حاجاتـه الانسـانية الاساسـية المتمثلة بالانتماء والاحترام بشكل عقلاني ناجح، فضـلاً عـن ان المضـطرب يتسـم بانكـاره لواقـع العـالم مـن حولـه سـواء أكـان إنكـاراً جزئيـاً أم إنكـاراً محـوراً كلياً.

يرى لانج(1970) Laing ان الاضطراب يؤدي الى انقسام الذات وتنقسم هنـا الشخصية الى ذات خارجيـة زائفـة يتصـرف بهـا الفـرد علـى الارجـح بطريقـة لتحـوز على الحب والمصادقة، وذات داخليـة فعليـة تتجـه الى الـنزوات المكبوتـة والمنكـرة. ويتم هنا الحفاظ علـى هـذه الاقسـام بكلفـة كـبيرة يتكبـدها الفـرد علـى شـكل توتر نفسي بطاقة نسبية كبيرة.

اما (جان بياجيه) فينظر الى الانسان بوصفه جزءاً لا يتجزأ من البيئة (نظرة ايكولوجية)، فهو يؤثر فيها ويتأثر بها، وعملية تفاعله مع البيئة تعتمد على المخططات (Schema) التي تكونها بنى معرفية موروثه لديه.

أي ان الفرد يطور خبرات الطفولة السيئة بمخطط (Schema) تكون فيه الذات والعالم والمستقبل في رؤية سلبية مما يولد لديه استعدادا للاصابة بالاضطراب. ويكون هذا في بعض الحالات مشروطاً بمواجهة الضغوط، إذ يمكن للضغوط ان تنشط المخطط السلبي الى ان يظهر اعراض الاضطراب. ويؤكد البيئيون ان حدوث الاضطراب السلوكي والانفعالي لدى الافراد يعتمد على البيئة التي ينمو بها، فالبيئة السليمة لا تؤدي الى حدوث اضطراب لدى الطفل.

وان النظرية البيئية تميل لربط الفرد في البيئة في مفهوم واحد؛ فالفرد لا ينفصل عن بيئته ومن ثم مشكلات الفرد تصبح شائعة لدى المجتمع. ولا يتم التعامل مع المشكلات بشكل فردي وكنتيجة اذا كان هناك اضطرابٌ لدى المجتمع، فإن الفرد سيتأثر بالبيئة؛ فالنظام البيئي يقدم لنا أنموذجاً يقول: "! لقد سأت لي، وأنا سوف اسأ لك!".

تلخيص النظريات التي فسرت الاضطرابات السلوكية:

1. يرى اصحاب النظرية البايولوجيه ان العامل الوراثي والعامل الفسيولوجي هما العاملان الاساسيان اللذان يؤثران في الاضطرابات السلوكية وينتقل الاستعداد بالإصابة بالاضطرابات السلوكية عن طريق الجينات.
2. وأكد اصحاب نظرية التعلم على تأثير الاسرة فأن كل من السلوكيات الطبيعية والمنحرفة تحدث وتستمر من خلال العديد من معطيات عملية التعلم وتتمثل هذه المعطيات بعمليات التعزيز والعقاب

والتعلم (النمذجة والتقليد) الذي يقوم على اساس الافتراض بأن الأطفال يتعلمون أنماطاً من السلوك.

3. يرى اصحاب النظرية المعرفية (بياجيه) حيث ينظر الى الانسان بوصفه جزءاً لا يتجزأ من البيئة فهو يؤثر فيها ويتأثر بها وعمليات تفاعله مع البيئة تعتمد على المخططات التي تكونها بنى معرفية موروثة لديه بأن الفرد يطور خبرات الطفولة السيئة بمخطط تكون فيه الذات والعالم والمستقبل في رؤية سلبية وان للضغوط ممكن ان تنشط المخطط السلبي.

ويرى البيئيون ان الفرد لا ينفصل عن بيئة فان الفرد سيتأثر بالبيئة. ستعتمد الباحثة نظرية التعلم في تفسير نتائج بحثها للأسباب الآتية:

1. نظرية التعلم لأن السلوكيات الطبيعية والمنحرفة تحدث وتستمر من خلال العديد من معطيات عملية التعلم.
2. الأطفال يتعلمون أنماطاً من السلوك فالسلوك غير الملائم يمثل تعامل غير ملائم.
3. من الممكن توجيه التفاعلات الاسرية والمدرسية بحيث تكافئ الانماط السلوكية الملائمة، فإن الطفل ووالديه والمعلم سوف يتعلمون التصرف بطريقة ملائمة أكثر.

السلوك العدواني

تحدثت نظريات عدة في علم النفس حول العدوان وحاولت كل نظرية تفسير السلوك العدواني منها ما يعد السلوك العدواني سلوكا فطريا، بينما عده البعض سلوكا مكتسبا. وسوف تستعرض الباحثة جميع هذه النظريات مع التركيز على النظريات التي تؤكد ان السلوك العدواني متعلم مكتسب بوصف البحث الحالي يتبنى هذا المنحى، لان السلوك المكتسب يخضع لامكانية التغيير

والتعديل بينما يقل احتمال التغيير بالنسبة للسلوك الغريزي أو الموروث ومن هذه النظريات:

أ. النظريات الغريزية

تصور الفيلسوف البريطاني توماس هوبز(Thomas hobbs,1651) ان الناس يميلون بالفطرة إلى التنافس والعدائية وانهم لا يهتمون إلا بما ينفعهم ويساعدهم على التفوق على الآخرين ويزيد من سلطتهم. ولتجنب الصراع والتدمير فيما بينهم. ويشارك فرويد وكونرادلورنز آراء هوبز التشاؤمية بشأن الطبيعة البشرية ومن أهم النظريات التي عدت العدوان غريزيا هي:

أ. نظرية التحليل النفسي .

ب. النظرية الايثولوجية .

ج. النظرية البيولوجية .

أ. **نظرية التحليل النفسي** Psycho analysis theory:

يعد فرويد من ابرزمؤسسي هذه النظرية، إذ يعتقد ان العدوان غريزة فطرية لاشعورية تعبر عن رغبة كل فرد في الموت. والعدوان كما يعتقد فرويد هولوك غريزي يهدف إلى تفريغ الطاقة العدوانية الموجودة داخل جسد الإنسان، ويجب إشباعها تماما كما تشبع الطاقة الجنسية ولذلك أشار فرويد إلى ان الإنسان مزود بغرائز، ولذلك فهي مرتبطة بالعمليات البيولوجية وتهدف إلى إيقاف الإشارة، واستنادا إلى هذا الافتراض فكل إنسان يخلق لديه نزعة نحو التخريب ويجب التعبير عنها بشكل أو بآخر فإذا لم تجد هذه الطاقة منفذا لها إلى الخارج (البيئة) فهي توجه نحو الشخص نفسه فهذه الطاقة تظهر بثبات على الدوام، وإذا سمح لها بالنمو فإنها ستفضي إلى أعمال العنف والعدوان، والكابح الوحيد لهذه الطاقة هو الأنا الأعلى (الضمير) الذي يمثل النواهي، والأنا الأعلى بنظر فرويد لا يولد مع الطفل ولكنه يتطور خلال سنوات الطفولة المتوسطة.

فالغرائز لعبت دورا مهما في نظرية فرويد، وقد حدد فرويد هذه الغرائز بنوعين يختلفان عن بعضها تماما وهما الغرائز الجنسية مثل الحب والبحث عن الملذات والغرائز العدوانية التي ترمي الى التخريب والموت. وقد أكد آدلر(Adler,1908) وهو أحد اتباع هذه النظرية ان العدوان وسيلة للتغلب على مشاعر القصور والنقص والخوف من الفشل، وإذا لم يتم التغلب على هذه المشاعر، عندئذ يصبح العدوان وسلوك العنف استجابة تعويضية لهذه المشاعر. وهو يرى ان محاولة الفرد للسيطرة على الآخرين قد تأتى عن طريق التعويض الزائد الذي يظهر على شكل اضطرابات انفعالية ومنها السلوك العدواني، ويحدث ذلك عندما يصبح الدافع للتعويض عن النقص شديداً وملحاً.

ب. النظرية الايثولوجية Ethnological theory:

وتمثل هذه النظرية منحنيين مثل اردارى (Ardary,1966) ولورنز(Lorenz,1966) وسندر(Sinder,1966) وستور (Storr,1968) وتبركن (Tenbbergen,1968) وهند (Hind,1970) وقد شارك لورنز فرويد في النظر إلى ان العدوان دافع فطري غريزي، ويرى شأنه شأن فرويد، ضرورة إطلاق الطاقة العدوانية من حين لآخر لئلا تتراكم إلى حد خطير. ويعتقد أصحاب هذه النظرية ان الإنسان حيوان مفترس، ورث من أسلافه الغرائز العدوانية. ولا يوجد أي احتمال لاستئصال هذه الغريزة من الطبيعة البشرية، لأنها ثابتة وغير قابلة للتغيير. وربط هؤلاء العلماء غريزة العدوان بحاجة الإنسان للتملك والسيطرة، وافترضوا ان الإنسان يعتدي لإشباع حاجته الفطرية للتملك والدفاع عن ممتلكاته، فعندما يشعر بتهديد خارجي سيقع عليه أو على ممتلكاته، تتنبه غريزة العدوانية عنده فيغضب ويتوتر ويختل اتزانه الداخلي، و يرى لورنز(Lorenz,1966) ان السلوك العدواني هو سلوك فطري ناجم عن عمليات الانتقاء الطبيعي، وهذا معناه ان الطبيعة اختارت الأنواع الأقوى والاصلح، تلك التي تكون قادرة على مقاومة

الأعضاء من النوع نفسه وطالما ان البقاء هو للأقوى والاصلح، فان فرص العدوان تزداد بهدف المحافظة على البقاء.

ج. **النظرية البيولوجية**Biological theory:

يعتقد أصحاب وجهة النظر هذه ان منطقة الفص الجبهي والجهاز الطرفي المسؤول عن ظهور السلوك العدواني عند الإنسان، وعند استئصال بعض التوصيلات العصبية في هذه المنطقة عن المخ، أدى إلى خفض التوتر والغضب والعنف، وأدى إلى حالة من الهدوء والاسترخاء ويحدث عكس ذلك عندما تستثار بواسطة التيار الكهربائي.

ويرى سكنر أستاذ علم الهرمونات ان زيادة إفرازات الفص الأمامي للغدة النخامية يصاحبه توتر واندفاع إلى العدوان. وتذكر (دافيدوف) أن لأجهزة المخ دورا في العدوان في أداء وظيفتها، ويمكن ان تمنع الدوائر العصبية من أداء وظيفتها فعندما قام علماء النفس بإثارة الجزء الأمامي من الهيبوثلاموس لقطة، قامت بمهاجمة الفأر.

أما دولكادو(Dolgado) يؤكد على إن التحريض الدماغي يحدد الحالة الانفعالية والعدوانية للكائن. وقد أشارت النتائج التي أجريت على منطقة معينة في الهيبوثالاموس وهي منطقة صغيرة في اسفل المخ إلى أن استثارتها عند الكائن الحي باستخدام التيار الكهربائي يؤدي إلى ظهور الاستجابة العدوانية، وهي تستثار عادة بايعازات من لحاء المخ، وذلك عند مواجهة الكائن الحي تهديدا خارجيا.

2. **نظرية الإحباط- العدوان** Frustration-Aggression:

تؤكد فرضية الإحباط- العدوان إن العدوان ينجم دائما عن الإحباط، وان وجود الإحباط يقود دائما إلى عدوان من نوع ما. ويعرف دولارد (Dollard)وزملاءه الإحباط على انه "ما يحول دون استجابة متجهة نحو هدف ما،

يكون قد أن أوانها في السلسلة السلوكية". وبعبارة أخرى الإحباط يحول دون الوصول إلى معزز متوقع.

وقد أشار دولارد(Dollard) إن استجابة العداء التي يستجيب لها الفرد ضد مصدر إحباطه بمثابة تفريغ لطاقته النفسية: إذ يعتبر السلوك العدواني في المواقف الإحباطية وسيلة فعالة للتغلب على العائق. ويضيف دولارد (Dollard) ان ظهور الإحباط بسبب العدوان يتوقف على استعداد الشخص للعدوان وإدراكه لموقف الإحباط ،وقد لا يعتدي إذا أدرك ان الإحباط غير متعمد.

ويرى فيليب هاريمان (ph.Harriman)، ان السلوك العدواني هو تعويض عن الإحباط المستمر، وان كثافة العدوان تتناسب مع حجم الإحباط وكثافته، إذ كلما زاد إحباط الفرد زاد عدوانه.

ويرى بيركوفيتز(berkovitch,1993) ان الإحباط يؤدي إلى الغضب لا إلى العدوان، ويعتقد إن هناك شرطان يعملان معا لحدوث العدوان يتمثل الأول في الاستعداد للسلوك العدواني، أما الثاني فيتمثل بوجود قرائن بيئية (Environmental cuse) وبذلك فان بيركوفيتز يعتقد بان الإحباط قد يؤدي إلى الغضب ولكن السلوك العدواني لا يظهر إلا بوجود دلائل بيئية معينة.وان الغضب والعدوان عمليتان متوازيتان وليستا متتابعتين، لان الأحداث المحبطة أو المؤلمة تقود إلى العدوان بطريقة آلية في حال وجود دلائل موقفيه معينة.

3. **نظرية التعلم الاجتماعي** Social Learning Theory :

يعد البرت باندورا (Bandura) أول من وضع أسس نظرية التعلم الاجتماعي او ما يعرف التعلم من خلال الملاحظة.

وان الفكرة الأساسية لهذه النظرية ترى إن العدوان سلوك متعلم مثله مثل أي سلوك اجتماعي آخر .إذ ان السلوك العدواني يكتسب من خلال مشاهدة النماذج وما تظهره من عدوان تجاه البيئة المحيطة بها. وان النمذجة لا تتطلب

القابليات المعرفية الادراكية ويستطيع الفرد تقليد بعض أفعال الآخر بصورة آلية، لكنه يعجز عن أخذ دور الآخر ما لم يتعاطف معه ويتقبل طريقة شعوره وتفكيره فقد أجرى باندورا العديد من الدراسات و توصل إلى ان الفرد يتمذج العدوان، ففي إحدى التجارب التي أجراها على أطفال الروضة التي قسمها إلى خمسة مجاميع ،شاهدت المجاميع الأربع نماذج عدوانية أما الخامسة فقد تعرضت لمشاهد إنسانية يتصرف فيها بطريقة غير عدوانية. وتوصل باندورا الى ان المجاميع الأربع كانت اكثر عدوانية أي أظهرت استجابات عدوانية اكثر من المجموعة الضابطة.

وقد افترض باندورا وروس (Bandura &Ross,1963) ان الأطفال يتعلمون السلوك العدواني عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عند الأبوين ومن ملاحظة آفلام التلفزيون والسينما وفي القصص التي يقرؤها والحكايات التي يسمعها. ويذكر باندورا ان هناك متطلبات يجب توافرها في الفرد قبل ان يتعلم من النموذج وهي:

أ. لا بد من ان ينتبه الملاحظ لما يفعله النموذج، إذ يعد الانتباه عملية معرفية (الانتباه attention).

ب. إن يحتفظ بالأحداث العدوانية الملاحظة على شكل رمزي لاسترجاعها في المستقبل (الاحتفاظ retension).

ج. ان يكون لدى الملاحظ القدرة على استدعاء الخبرات وأنماط السلوك الناتجة عن النموذج (الإنتاج الحركي motor reproduction).

د. ان يكون لديه الحافز على أداء سلوك نموذج العدوان والعملية الدافعية (الدافع motivation).

ويوجد هناك نوعان رئيسان من التعلم بالملاحظة، يشير النوع الأول ان التعلم بالملاحظة يحدث من خلال الخبرات الابدالية (vicarious experiences).

يحدث ذلك عندما نرى ان الآخر قد تمت مكافآته أو عقابه لنشاطات معينة ومن ثم نعّدل من سلوكنا كما لو أننا تلقينا تلك التوابع بأنفسنا.

وفي النوع الثاني من التعلم بالملاحظة، يحاكي الملاحظ سلوك النموذج حتى لو لم يتلق النموذج أي تعزيز أو عقاب في أثناء مشاهدة الملاحظ له. وقد أكد "باندورا" ان الأفراد يختلفون في الدرجة التي يتعلمون فيها من النموذج، وقد حدد ثلاثة عوامل تؤثر في درجة تعلم الفرد من النموذج وهي: صفات النموذج وخصائص الملاحظ واخيرا نتائج فعل النموذج. أي ما يتبعه من ثواب أو عقاب. ويذهب أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي إلى تقسيم التعلم بالملاحظة إلى أنواع عديدة ومن هذه الأنواع:

1. **التعلم الحسي المباشر**: إذ يتصل بهم الملاحظ باستمرار.
2. **التعلم البديل**: إذ يتم من خلال الإيماءات أو الإشارات الصوتية التي تكشف عن ردود الأفعال الانفعالية للنموذج.
3. **التعلم الرمزي- النموذج اللفظي**: يتم ذلك عن طريق التمثيل اللفظي للسلوك فالكلمات تصبح اكثر أهمية في نقل المعلومات عن الاستجابة التي يراد اتخاذها نموذجا.
4. **التعلم الأعمى**: أي محاكاة النموذج دون فهم أو وعي الاستجابة التي قام بتقليدها.
5. **التعلم عن طريق مشاهدة الأفلام**: إذ يتم هذا النوع من التعلم عن طريق وسائل الأعلام وخاصة التلفزيون.

نظريات أخذ الدور theoriesRole – taking:

لقد تعدد ت النظريات التي تناولت مفهوم أخذ الدور وتباينت الآراء ووجهات النظر حول هذا الموضوع وما تضمنته من أفكار. وستقوم الباحثة بشرح مقومات أخذ الدور في نظرية روبرت سيلمان التي ستتبناها في بحثها الحالي ومن أهم النظريات التي تناولت موضوع أخذ الدور هي:

أولاً: نظرية ميد الرمزية- التفاعلية Symbolic – interaction theory of Mead:

لقد تبنى جورج هربرت ميد (George h.mead.1863-1931) وجهة النظر التفاعلية التي تؤكد على ان العقل يتطور نتيجة تفاعل الكائن الحي مع بيئته. فهو يؤكد ان الشخص تتطور قابليته على اخذ الدور مع الآخرين من خلال النشاط الاجتماعي. فهو يلاحظ نفسه رمزيا وكأنما يراه الآخرون، أي يرى نفسه كما يراه الآخرون. وبهذه الطريقة يستطيع ان ينتقل من كونه الشخص الذي يراقب الآخرين إلى شخص يراقبه الآخرون. ومن خلال عملية التفاعل الاجتماعي يقوم بتطوير الآخر (المعمم **generalizedother**)). والآخر هو مركب من التوقعات التي يعتقد ان الآخرين يحملونها بشأنه. وهذا الشخص ينظر إلى نفسه على الرغم من انه كان شخصا آخر.ويصدر أحكاما حول أفعاله وتصرفاته ومظهره طبقا إلى أحكامه أي انه يستجيب إلى ردود أفعال المجتمع المتوقعة تجاه سلوكه المقصود في صيغة آخره المعمم. يقع إذ ذاك حديث أو اتصال رمزي داخل نفسه .ومن خلال هذا النشاط الرمزي يصبح ممكنا بالنسبة للبشر ان ينشغلوا بالسلوك العقلاني. وأخذ الدور عند "ميد" هو محاولة من الفرد لفهم الذات والآخرين بوصفهم اشخاص وان رد الفعل على الآخرين بالضبط مثل رد فعل على الذات.

ويرى ميد ان عملية أخذ الدور تتألف من ثلاث مراحل هي:

1. **المرحلة التمهيدية أو مرحلة الإعداد Preparatory stage**: وتبدأ من عمر(1- 3) سنوات وفيها يحاكي الطفل سلوك الراشد ويقلده دون فهم حقيقي لما يقوم به.
2. **مرحلة اللعب play stage**: وتمتد من(3- 4) سنوات وتتميز هذه المرحلة بتغيير الطفل لسلوكه حينما يفهم السلوك ولكنه يحول الأدوار وبشكل غريب. ففي لحظة يكون الطفل بناءا وأخرى يكون شرطيا وثالثة رائد فضاء.

3. **مرحلة اللعب المنظم the game stage**: التي تمتد من(4- 5)؛ سنوات إذ يصبح سلوك اللعب لدى الطفل منظما وهادفا ولديه القدرة على فهم دور اللاعبين الآخرين فمثلا لكي يلعب الطفل لعبة المضرب على كل لاعب ان يتشرب بدوره فضلا عن دور اللاعبين الآخرين ومن خلال هذا الإدراك والوعي بأدوار الآخرين ومشاعرهم وقيمهم يتخذ شكلا معينا في أذهانهم مما يسهم في نمو مفهوم الذات.

ثانياً: نظرية بياجيه Piaget theory:

ان مفهوم آخذ الدور له جذور في نظرية بياجيه للنمو المعرفي، وان اثنين من المفاهيم المركزية في نظريته لهما علاقة مباشرة بأخذ الدور وهما:

أ. **التمركز حول الذات (egocentrism)**: وهو المفهوم الذي يعني به بياجيه قصور الطفل في التركيز على اكثر من جانب للموقف في الوقت نفسه. وعرفه من الناحية الاجتماعية على انه انحصار الفرد وعدم استطاعته إدراك وجهة نظر شخص آخر. وان مرحلة تمركز الذات تأتي بعد التفكير الاسترسالي والطفل في هذه المرحلة تحدث عنده قناعات ضمنية بأفكار تتبلور عنده ويبرز لديه الإدراك اللفظي وهذا هو المفتاح لتفهم جميع الحقائق فيما بعد.

إذ تقابل مرحلة التمركز الذاتي الفكري مرحلة (مرحلة التفكير ما قبل العمليات - التفكير الحدسي) عند بياجيه، إذ لا يعرف كيف يتخلص من وجهة نظره فيما يرى نفسه من وجهة نظر شخص آخر. ويرجع التمركز حول الذات من وجهة نظر بياجيه إلى نقص في القدرة المعرفية لدى الفرد التي تؤهله لنقل أو تغيير محور اهتمامه ونقص خبرته الاجتماعية في الاتصال بالآخرين والتفاعل معهم.

وقد قام بياجيه وانهيلدر (1963) بتجربة تتضمن شكلا من الورق المقوى (الكارتون) ذي ثلاثة أبعاد وضع على المنضدة أمام الطفل مع وجود عشر صور

فوتوغرافية تظهر المشهد الذي تراه الدمية من منظورها ،ومهمة الطفل هي اختيار الصور الصحيحة ثم يطلب منه تدوير الدمية مع وضع يلائم أحدى الصور الفوتوغرافية العشر.ثم يعطى للطفل قطع الكارتون وعليه ان يرتبها بشكل يظهر اللقطة الفوتوغرافية. وقد تبين ان مرحلة التمركز egocentrism عند بياجيه تستمر من سن الرابعة وحتى السابعة.فطفل السنة السابعة يصبح قادرا على التعاون، لانه لم يعد يخلط وجهة نظره بوجهات نظر الآخرين.

ب. **اللاتمركز(decentrism)**: ويشير إلى المرحلة التي تظهر فيها قابلية الطفل على الانتقال من التمركز حول الذات إلى الأخذ بالحسبان وجهات نظر الآخرين ويتم ذلك من خلال اللعب الجماعي. ويرى بياجيه ان الفرد يستطيع عن طريق التمثيل والمؤاءمة الوصول إلى التكيف مع البيئة ويتم ذلك باستدخال أو اكتساب معارف جديدة ضرورية لحل المشكلات المسببة للشعور بعدم التوازن. وان مفهومي التمثيل والمواءمة يساعدان الفرد في ان يأخذ الدور الناجح.آي عليه ان يقوم بتمثيل الدور الجديد في الأدوار السابقة التي أخذها أو قام بها.

ان أخذ الدور عند بياجيه يساوي مفهوم اللاتمركزdecentrism الذي هو على العكس من التمركز حول الذات egocentrism. وهذا يعني ان القدرة على أخذ الدور تتأثر إيجابيا بالتفاعل الاجتماعي وبالتطور اللغوي الذي يساعد على التفاعل وتبادل المعلومات.

ثالثاً: نظرية فيفر Feffer theory:

لقد أكد فيفر (Feffe,1959) مثل بياجيه ان التمركز حول الذات هو عدم القدرة على التركيز لاكثر من جانب واحد لموقف معين في الوقت نفسه.لقد طوّر فيفر اختبار لقياس أخذ الدور (R.T.T) تعرض فيه قصة مصورة تتألف من سلسة مشاهد منزلية (بيتيه - اجتماعية) تمثل مشاهد خلفية أو أرضية، ويصاحب هذه المشاهد مجموعة من أشكال بشرية (رجال، نساء، أطفال) من

قطع الكارتون. وبعدها يطلب من المفحوص ان يضع على الأقل هذه الأشكال البشرية في ثلاثة مشاهد مختلفة وعمل لكل قصة ترتيباً خاصاً بها أي يقوم المفحوص بسرد قصة لكل مشهد من المشاهد الثلاثة من وجهة نظر الممثل.

وقدم فيفر في عام (1970) ملخصا لمراحل تطور أخذ الدور عند الطفل وحددها بثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى: وتظهر حوالي السنة السادسة من العمر وتتميز باللامركزية.

المرحلة الثانية: وتظهر حوالي السنتين(7- 8) وتتميز باتخاذ وجهات نظر الآخرين بشكل محدود.

المرحلة الثالثة: وتظهر في عمر التاسعة وتتميز بتبادل وجهات النظر.

رابعاً: نظرية فلافيل Flavell theory:

لقد وصف فلافيل قدرة اتخاذ الدور على إنها الفعالية التي تخدم وظيفة تفهم الآخر التي تكون كافية لتعزيز الاتصال والإقناع.وبذلك يؤكد بان القدرة على اتخاذ الدور تتضمن وظيفة وسيليه؛ إذ إنها إما تعزى إلى سلوك تعاوني أو إلى سلوك تنافسي.

وقد حدد فلافيل ثلاث مراحل حاسمة في تطور عملية أخذ الدور وهي:

المرحلة الأولى: إدراك الذات أي ان الآخرين يمتلكون نوعا من الإدراك عن النفس فضلا عن الأشياء الأخرى.

المرحلة الثانية: ان النفس ليست شيئا فحسب بالنسبة للآخر بل هي موضوع كذلك.

المرحلة الثالثة: هي إدراك أن النفس والاخرين على حد سواء من خلال العديد من البحوث التي قام بها فلافل في مجال أخذ الدور توصل إلى ما يأتي:

1. ان الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة يبدو عنده نقص في المعرفة عن تبادل وجهات نظر الآخرين ولا يفهم بان وجهات النظر متباينة.
2. عند دخول الطفل في المدرسة فان وجهة النظر تبدو واضحة لدى كثير من الأطفال لكنها ليست متطورة بشكل كاف.
3. في الطفولة المتوسطة والمراهقة تحصل لدى الفرد الكثير من التغيرات في أخذ الدور ومهارات الاتصال مع الآخرين ومن ثمة فهم الآخرين.

خامساً: نظرية كولبرك Kholberg Theory:

تعتمد نظرية كولبرك، إلى درجة كبيرة على نظرية ميد ونظرية بياجيه في النمو المعرفي cognitive development والنمو الأخلاقي moral development بصفة خاصة وان عملية التفاعل الاجتماعي تعد من الركائز المهمة في النمو الخلقي عند كولبرك، إذ يتطلب دخول الطفل في علاقات متنوعة مع الأنداد أو الأقران مما يدفع الفرد إلى تبني وجهات نظر الآخرين. ويرى كولبرك ان مفهوم أخذ الدور هو المحور الأساس في النمو الخلقي، لانه الرابط بين النمو البنائي المعرفي الضروري لإحراز النضج الاخلاقي، كما يعتقد كولبرك ان لوصول الفرد إلى المستويات العليا للتفكير الخلقي يجب ان تكون لديه القدرة على ان يضع نفسه موضع الغير، والقدرة على التفاعل بين الذات والآخرين من وجهة نظر الشخص الآخر، اذ يدرك الفرد لما يفعله الشخص الآخر في موقف معين وان أفعال الفرد ذاته ستؤثر في الغير.

وقد وضع كولبرك بعض الخصائص التي يتصف بها أخذ الدور منها ما يأتي:

1. إن أخذ الدور يتطلب علاقة بنائية منظمة بين الذات والآخرين.
2. إنأخذ الدور يتطلب تفهم ووصل كل الأدوار في المجتمع الذي يشارك فيه الفرد.

3. إن أخذ الدور يؤكد على الجانب المعرفي فضلا عن الجانب العملي(التطبيقي).
4. إن أخذ الدور يستمر في كل التفاعلات والمواقف المختلفة.

وطبقا لنظرية كولبرك فان الطفل بالمعنى العام يقوم ببناء وفهم بيئته الاجتماعية من خلال أخذ المنظور وان الاستدلال الأخلاقي يعتمد على أخذ المنظور والى إمكانية تحديد تسلسل (معرفي) اونتوجيني(*) ontogenetic لمستويات آخذ المنظور التي يمكن ان تتشابه من الناحية البنائية المعرفية ليد وبياجيه.

خرج كولبرك kholberg من دراساته المتعددة بتحديد ثلاثة مستويات أساسية لنمو التفكير الأخلاقي يحتوي كل منها على مرحلتين . وتعبر كل مرحلة من هذه المراحل عن تغير نوعي في البنية المعرفية واعادة تنظيمها فتكوّن وحدة بنائية معرفية مختلفة عن سابقتها.

سادساً : نظرية سيلمان Selman theory :

كان لروبرت سيلمان مشاركة واسعة في حقل المنظورية الاجتماعية ، إذ تعد إنجازاته المبدعة في هذا المجال ذات أهمية كبيرة. وقد أخذ بحرية من نظريات كل من (Baldwin, Flavell, Feffer, Piaget, Mead) وهناك علاقة بين عمله ونظرية كولبرك kholberg عن المعرفة الخلقية الاجتماعية. وقد بنى سيلمان نظريته على أساس نظرية بياجيه التركيبية التطورية ، ولهذا فهو يرى ان عملية آخذ الدور تتطور من خلال تسلسل هرمي يزداد تعقيدا بالتدريج.

وقد استخدم في دراسته على الأطفال قصصاً متشابهة في بنائها مثل تلك التي اعتمدها بياجيه وكولبرك مع التركيز فقط في حواره على اختبار قدرة الفرد على إدراك وتفهم وجهات نظر الآخرين وأخذها بنظر الاعتبار. ويرى ان

(*) **اونتوجيني** : تاريخ أدوار نمو الفرد ،أو مراحل التطور الحياتي التي تحصل في الفرد

القدرة على أخذ الدور يرتبط بالنمو المعرفي، اذ وجد ان هناك تقدم عام في قدرة الفرد على تبني الدور واخذ وجهات نظر الطرف الآخر في الاعتبار.

لقد استطلع فيفر أخذ الدور ضمن سياق (أخبار قصة اسقاطية) أما فلافيل فقد استطلع عليه من خلال مشكلة اجتماعية ومهمات اتصالية. بينما سيلمان وبايرون في بحث قاما به عام(1974) ركزا على أخذ الدور مثلما يتخذ ضمن سياق المعضلات الأخلاقية المماثلة للمعضلات التي قام بتطويرها كولبرك (1969)، وقد قام سيلمان ببناء سلسلة من خمسة مستويات لأخذ الدور وهي كالآتي:

1. المستوى صفر: اخذ المنظور(الدور) غير التميزي والمتمركز ذاتيا(3- 6) سنوات.

Level 0: -undifferentiated and egocentric perspective taking

وتمتد هذه المرحلة من سن(3- 6) سنوات، فيها لا يستطيع فيها الطفل خلالها ان يميز بين وجهة نظره ووجهة نظر الآخرين وهو لا يميز غير وجهة نظره. وبمعنى آخر ان الطفل يعتقد ان الآخرين يحملون الفكرة نفسها التي يحملها.

2. المستوى (1): أخذ المنظور التميزي الذاتي (6- 8) سنوات

Level 1:-Different aited& subjective perspctive taking

تقع هذه المرحلة بين السن(6- 8) سنوات، ويدرك الطفل فيها ان للآخر وجهة نظره المختلفة، إلا انه يعتقد ان كل واحد سيوافق على وجهة النظر نفسها إذا كان لديه المعلومات نفسها. بمعنى آخر ان وجهات النظر تحدد من الخارج فالمعلومات هي المحددة لوجهات النظر وليس هناك مبرراً آخر للاختلاف. ويدرك الطفل ان الآخرين يختلفون عنه في المشاعر والأفكار إلا انه غير قادر ان يضع نفسه مكانهم او رؤية نفسه من وجهة نظر الآخر.

3. المستوى (2): أخذ المنظور التبادلي وانعكاس الذات للشخص الآخر

level 2 :- self-reflective & reciprocal person perspective taking.

تقع هذه المرحلة بين سن(8 –10) سنوات فضلا عن إدراك الطفل في هذه المرحلة لاختلاف وجهات نظره فانه يدرك إدراكهم لاختلاف وجهة نظره عن وجهات نظرهم. وطالما ان هناك إدراك من الطرفين لاختلاف وجهات النظر فيعني ان هذا الاختلاف موجود حتى لو توفرت المعلومات نفسها للجميع. ففي هذه المرحلة يكون للطفل القدرة على أخذ منظور ذاتي أو شخص ثان على أفكاره وافعاله وان ينظر إلى نفسه من خلال وجهة نظر شخص آخر.

4. المستوى (3): أخذ المنظور التبادلي للشخص الثالث من سن(10- 12)

level 3:-third – person & Mutual perspective taking:

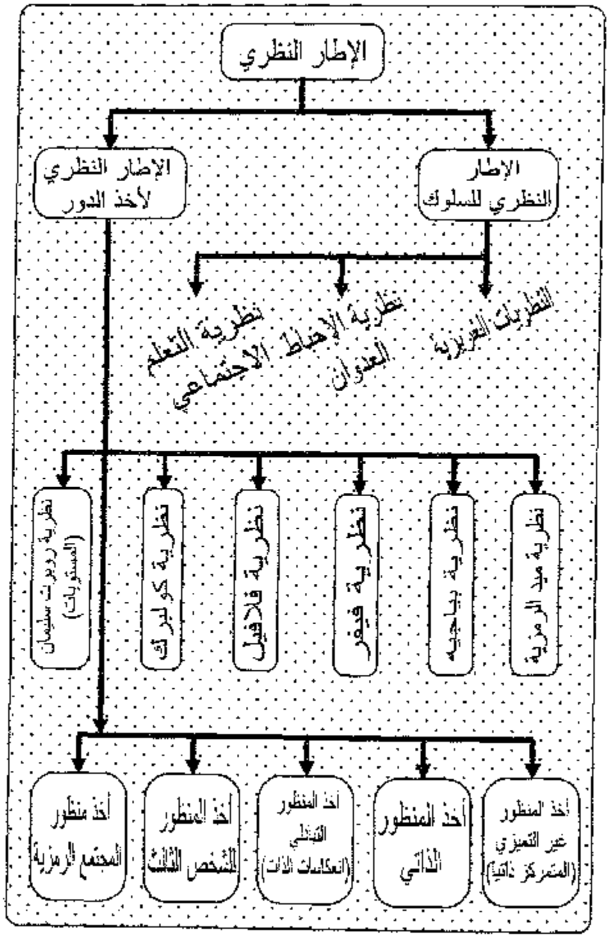
تمتد هذه المرحلة تقريبا بين سن(*10- 12*) سنة.يبدأ الطفل تقدير الطبيعة الارجاعية والكلية للتفكير عند الآخرين، مما يعني قدرته على إدراك وجهتي النظر المختلفين في الوقت نفسه. هنا يستطيع الطفل اتخاذ منظور شخص ثالث حقيقي.وهنالك أفكار معممة حول الشيء الذي تسميه observing Ego مراقبة الأنا كأن يدرك الفرد ان الأشخاص والآخرين يشاهدون أنفسهم على انهم متاثرونومتاثرين بهم، بمعنى آخر انهم يقومون بأفعال ويتأملون بالوقت نفسه آثار الفعل على أنفسهم.

5. المستوى(4): أخذ المنظور المجتمعي الرمزي بصورة عميقة (12- 15) سنة إلى البالغين تقريبا

(4):in-depth and societal symbolic taking (abut ages12 to Adult)

تمتد هذه المرحلة بين (12- 15) سنة تقريبا ، إذ ينظر المراهق في هذه المرحلة إلى الأعراف بوصفها وسائل لحل المشكلات والتناقض في وجهات النظر. ويرى الطفل ان القيم المختلفة للأفراد يجب ان تُحترم، وان على الفرد التكيف مع

ذلك ففي هذا المستوى يتطور لدى الطفل مبدأ أخذ وجهات النظر الثنائية إلى مستوى النظام الاجتماعي العام ان الفرد يدرك ان كل نفس يمكن ان تعد نقطة اشتراك مع وجهة نظر الآخر المعمم من خلال القيم والمعتقدات في النظام الاجتماعي، لغرض تسهيل التواصل الدقيق مع الآخرين وفهمهم. والمخطط (الاتي) يبين ذلك.



مخطط الإطار النظري للسلوك العدواني وأخذ الدور

تعديل السلوك Behavior motivation:

لم يقتصر اهتمام معظم نظريات علم النفس على السعي للكشف عن طبيعة الشخصية وصولا إلى بناء تصوري وبناء مقاييس لدراستها وانما امتد هذا الاهتمام إلى استخدام هذه الدراسات في علاج اضطرابات الشخصية. وقد بدأ هذا الاهتمام في الخمسينيات من القرن الماضي، إذ انصب في تهيئة وسائل أساليب لتعديل السلوك وتستند إلى مبادئ التعلم، أما التوظيف الفعلي لهذه المبادئ في العلاج النفسي فلم يبدأ إلا في الخمسينيات من القرن الماضي، وهناك جملة من المبادئ يسير بموجبها تعديل السلوك وهي:

* التركيز يكون في السلوك القابل للملاحظة المباشرة والتعامل مع السلوك على انه هو المشكلة وليس مجرد عرض لها ،وان السلوك الإنساني ليس عشوائيا بل يخضع لقوانين.
* تعديل السلوك لا يحدث فجاءة وانما تسبقه مراحل وإجراءات لابد من تنفيذها لتهيئة الظروف المناسبة من اجل إحداث التعديل المطلوب والمناسب في السلوك.
* ان يكون هناك مصدر خارجي للتأثير،ومن أساسيات هذا الميدان البيئة او الوسط الاجتماعي الجديد الذي يوجد فيه الفرد حاليا سيكون أقوى آثرا من خبرات الفرد السابقة، أو صراعاته الداخلية أو شخصيته بتكوينها العام.

أساليب تعديل السلوك

من الأساليب المتبعة في تعديل السلوك هي:

أ. الأساليب السلوكية

ترجع الأساليب السلوكية في تعديل السلوك إلى النظرية السلوكية،ويعد كل من كرومبوتزوثيرسون (Krumbotz&Thureson) اكثر السلوكيين استخداما لأساليب تعديل السلوك. وتتمثل الأساليب في ما يأتي:

تشكيل الاستجابات السلوكية

تعتمد هذه الأساليب عموما على تشكيل الاستجابات السلوكية الجديدة او زيادة الاستجابة المرغوبة باستخدام التعزيز الإيجابي او التعزيز السلبي الذي يتمثل في التوقف عن إظهار المعزز المنفر عند ظهور السلوك المرغوب فيه أو استخدام السلوك التفاضلي مثل استخدام السلوك التعاوني لعلاج السلوك العدواني.

(Millan&Kolko,1985,p.119). فضلا عن استخدام الانطفاء الذي يعتمد على تجاهل الاستجابات غير المرغوب فيها. وكذلك استخدام العقاب الذي يعني إيقاع الأذى بالشخص الذي قام بالسلوك غير المرغوب فيه. وكلها أساليب تتعامل مع استجابات الفرد بهدف تعديلها وتصحيحها لتكون ضمن المسار المقبول.

ب. الأساليب المعرفية (Cognitive techniques) :

التقليد والمحاكاة (Imitation):

وهي تشابه دقيق بين المثير والاستجابة، وبالمحاكاة نتعلم الكثير من المهارات والعادات والتقاليد والاتجاهات. ويستخدم في بناء السلوكيات المرغوبة وتعديل السلوكيات غير المرغوب فيها : كأن يقوم الطفل بتقليد النموذج ثم يؤديه في مواقف مختلفة.

اللعب The play:

في بعض الأحيان صرف الطفل عن نزعته العدائية عن طريق تشجيعه على اللعب والتسلية.وان إشراك الطفل في النشاطات الرياضية المختلفة له أثارٌ جيدة في الحد من سلوكه غير المقبول أو حتى إصلاحه. فضلا عما للعب من فوائد اجتماعية: اذ ينتقل الطفل من "الفردية" إلى "الجماعية" ويوفر له بعض الأدوار الاجتماعية الإيجابية.ليس هناك نشاطاً تفاعلياً اقدر من اللعب على توفير مثل هذا

المنـاخ الـذي ييسـر عملـتي التمثـل assimilation والمواءمـة accommodation الأساسيتين لعملية النماء والتكيف.

التدريب التوكيدي (Assertive training):

يستخدم هذا الأسلوب بشكل خاص مع أولئك الذين لا يستطيعون التعبير عـن انفعـالاتهم كالغضـب والاشمئـزاز، والـذين يكونـون مـؤدبين إلى درجـة ان الآخرين يقومون باستغلالهم، وبعبارة سيكولوجية الذين لديهم نقص في توكيد ذواتهم "الشخصية التجنبية". ويتم التدريب التوكيدي إما عن طريق التعبير الحر عن الرأي، أو الاعتراف بالخطأ أو عن طريق لعب الأدوار، أي تمثيل أدوار معينة قبل القيام بها.

التعلم الذاتي (self-instruction):

يقوم هذا الأسلوب على ان الوسيلة الفعالة لحل مشكلة ما هي دراستها بعناية ودقة من قبل صاحب المشكلة نفسه.ان الإجراءات والطرائق المتبعة في التعلم الذاتي تهدف الى إعطاء معنى حقيقي وواقعي ينبع من الذات للسلوك والتعبير عنه. وان تكون ذاته هي الموجه الأول له.بمعنى آخر يجب ان تطغى الصبغة الفردية على التدريب.

التدريب على المهارات الاجتماعية (Social skills training):

لقد صمم كل من ولبي (wolpe,1958) ولازروس (Lazrus,1971) هذا النوع من التدريب لمساعدة الأفراد للتخلص من القلق والعوائق التي تمنعهم من الأداء بطريقة مناسبة في المواقف الاجتماعية. فالذين يفتقرون الى المهارات الاجتماعية الأساسية يقترفون نسبة كبيرة من العنف. ويرى توش (Toch,1980) بأنه يجب تدريب هؤلاء الأفراد على المهارات الاجتماعية.وقد أشارت عدة دراسات منها دراستي (Schnieder,1991)، الى ان هذا التدريب يكون ناجحا في تقليل احتمال لجوء الفرد إلى السلوك العدواني. ومن الأساليب الفعالة في اكتساب المهارات الاجتماعية ما يأتي:

ج. لعب الدور Role-playing:

يعد وسيلة علاجية للأطفال العاديين والأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية عميقة؛ إذ يعطي حرية للأفراد في التعبير عن قلقهم وعدوانيتهم ويعيد المواقف التي تعرضوا إليها وقادتهم إلى الانعزال. ولعب الدور ما هو إلا أدوار يؤديها الطفل في تمثيليات محددة ضمن برنامج إرشادي.بمعنى ان الدور يكون ثابتا على وفق خطة مسبقة يشرف عليها المشرف.

د. النمذجة Modeling:

يعد من الأساليب المهمة الذي يكتسب الطفل من خلاله الكثير من السلوكيات من خلال تقليد أسرته ومعلميه، فإذا كان تقليد النموذج غير مقبول حينها يستدعي التدخل للعلاج أو التعديل عن طريق عرض سلوك نموذجي أمام الطفل عن طريق التمثيل العملي أمامه أو عرض فيلم أو شريط فيديو أو قراءة قصة أو حكاية،ويكرر هذا الأمر حتى يتم للطفل تعلم سلوك جيد.فالنمذجة ما هي ألا إعادة ممارسة السلوك الملاحظ (Hoffman,1988,658).

المهارات المعرفية - الاجتماعية (The social-cognitive skills)

ان مهارات الإدراك الاجتماعي أو المهارات المعرفية الاجتماعية هي الكيفية التي تؤثر فيها البيئة الاجتماعية على فكر و معتقد وأدراك الفرد ،فضلا عن العمليات المعرفية الأخرى له. تم طرح النموذج المعرفي الاجتماعي من قبل (Dodge,1981)؛ إذ يشير هذا النموذج إلى أهمية العمليات الوسيطة الداخلية mediators مثل القواعد الداخلية المضمرة المتعلقة بالتصرف المطلوب، وتفسير الإشارات الاجتماعية والتبريرات واستنتاج مرامي ودوافع الآخرين واقرار ردود الفعل السلوكية....الخ، فمن خلال هذا النموذج يقوم الطفل بوضع تفسيرات حول السلوكيات المختلفة كالمنازعات والشجار وأشكال الاستفزاز العدائي ومن ثم تقرير الرد السلوكي المناسب .

الفصل الرابع

الصدمة النفسية من منظور الصحة النفسية



4

الفصل الرابع

الصدمة النفسية من منظور الصحة النفسية

تعد الاحداث الصدمية من الاسباب الرئيسية المؤدية للاصابة باضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD)، مثل المواقف الخطرة التي تقع خارج نطاق الخبرة الانسانية الاعتيادية. وتتضمن الكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والكوارث من صنع الانسان كالحروب والحوادث النووية (Nuclear Accidents) والحوادث المفجعة كحوادث السيارات وسقوط الطائرات والايذاء الجسدي، ويحتاج الشخص المتعرض لهذه الاحداث جهودا كبيرة ومدة طويلة لاعادة تكيفه. وهذه الصدمات أو الاحداث الصدمية التي تتناول العنف بين الافراد وتهديد الحياة والاصابة الجسدية والخسارة النفسية البليغة ومواجهة الافراد والجماعات بمطالب اكبر من طاقتهم تجعلهم يعانون من الاضطراب ويصعب عليهم التكيف. وان اي فرد تعرض لخبرة صدمية مباشرة او من خلال ملاحظة الاحداث الصدمية يمكن ان يعاني من تعطيل متوقع في الوظائف النفسية وهو يطور استجابة لحادث صدمي فقط وهو لايمكن ان لايظهر جراء الحوادث الضغطية الاخرى مثل العمل والطلاق. وتتميز ردود الفعل المباشرة للاحداث الصدمية بانها واسعة جدا وتعتمد على طبيعة الاحداث الصدمية وخطورتها او الكارثة ودرجة عدم توقعها.

ان الاحداث الصدمية المسببة لاضطراب (PTSD) هي ليست المتعلقة بالحروب وكوارثها فقط وانما هذا الاضطراب ممكن ان يسبب الكثير من انواع الصدمات التي تنطوي على تهديد الحياة وبامكانه ان يصيب الذكور والاناث على حد سواء ويصيب الاطفال مثلما يحدث عند البالغين لكن ليس كل من واجه صدمات نفسية يحتاج العلاج فقسم قد يشفى بمساعدة الاصدقاء (النصيحة والارشاد) والاسناد او بمساعدة الواعظ الديني، لكن الكثيرين

بحاجة فعلية للمساعدة المتخصصة في العلاج من اجل النجاح في الشفاء من الضرر النفسي الناجم عن الصدمات او الاحداث الصدمية او رؤية حادث صدمي او المشاركة فيه.

اعراض اضطراب (PTSD) حسب تصنيف (DAM-IV,1994):

لقد وضعت الجمعية الطبية النفسية الامريكية تصنيف لاعراض (PTSD) اعتمادا على نتائج الدراسات السابقة التي اجريت في هذا المجال والتي ورد ذكرها في وفيما يلي عرض لهذا التصنيف:

آ. تعرض الفرد الى حدث صدمي يتوفر فيه الشرطان الآتيان المجتمعان كلاهما :

1. خبر الفرد او شهد او تعرض لحدث او احداث تضمنت احتمال الموت، او تهديدا به او اصابة خطرة او تهديدا لسلامته، او سلامة الآخرين الجسدية.

2. رد فعل الفرد يتسم بالخوف الشديد او العجز او الرعب.

ب. يخبر الفرد الحدث الصدمي باستمرار بواحدة او اكثر من الطرق الآتية:-

1. ذكريات محزنة اقتحامية متكررة عن الحدث الصدمي، تسبب التوتر والهم وتشمل صورا، وافكارا، ومدركات.

2. احلام مزعجة ومتكررة عن الحدث الصدمي.

3. التصرف، او الشعور كأن الحدث المسبب للصدمة يعاود الوقوع (يتضمن: اعادة خبرة الحدث الصدمي، او الخداع الحسي او هلاوس اونوبات تفككية بما في ذلك التي تحدث في اليقظة او في حالة التسمم).

4. انزعاج نفسي حاد عند التعرض لمثيرات داخلية او خارجية تشابه مظهرا من مظاهر الحدث الصدمي.
5. استجابة فسلجية عند التعرض لمثيرات داخلية او خارجية تشابه مظهرا من مظاهر الحدث الصدمي مثل (تسارع ضربات القلب، او تغير التنفس او التعرق او الشعور بالتوتر او رعشة عندما يصادف المريض شيئا ما يذكره بالحدث الصدمي، ويمكن ان تستمر تلك الانفعالات الفسيولوجية الى ما بعد انتهاء التعرض للمثير).

ج. تجنب مستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة، وتراخي في القدرة على الاستجابة (وهو ما لم يكن موجودا عند المريض قبل الصدمة) وتظهر بثلاثة او اكثر من الطرائق الآتية:-

1. بذل الجهود لتجنب الافكار والمشاعر او الاحاديث المرتبطة بالصدمة.
2. بذل الجهود لتجنب الانشطة او الاماكن او الاشخاص الذين يثيرون ذكريات الصدمة.
3. عدم القدرة على تذكر جانب مهم من جوانب الحدث الصدمي.
4. ابتعاد ملحوظ عن الاهتمام او المشاركة في الانشطة المهمة.
5. الشعور بالانفصال عن الآخرين او الغربة عنهم.
6. قصور في المشاعر الوجدانية (مثل عدم القدرة على الشعور بالحب).
7. الاحساس بغموض المستقبل (مثل فقدان الامل بالحصول على عمل او الزواج وانجاب الاطفال ...الخ).

د. اعراض من الاستثارة الدائمة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) وتتضح في اثنتين أو اكثر مما يأتي:-

1. صعوبات في الخلود للنوم او الاستمرارية فيه اذ يعاني المريض من صعوبات عند الرقاد او يستيقظ عند منتصف الليل (على الرغم من حاجته الى النوم) او يستيقظ مبكرا عند الصباح.
2. الاستثارة (الهيجان) او نوبات الغضب ويمر المريض بنوبات من الاستثارة (الهيجان) او بمشاعر غضب شديدة وقد يظهر عدوانية بتعابيره اللفظية او الجسمية خلال الاستثارة.
3. صعوبة التركيز: يجد المريض صعوبة في التركيز على اداء الانشطة اليومية التي يزاولها واعتاد عليها.
4. التيقظ الشديد (حساسية ونشاط مفرط وتحفز) يعاني المريض من حساسية ونشاط مفرط وزيادة قليلة في الادراك وصعوبات في الاسترخاء.
5. استجابة جفلة مبالغ فيها (جفلة مفرطة عند سماعه صوتاً مفاجئًا كارتطام الباب او قرع الجرس او رنة الهاتف او عندما يلمسه شخص فجأة).

ه. تكون مدة استمرار الاضطراب (وفقا لمعايير ب – ج – د) اكثر من شهر وهو على انواع:

1. اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحاد (Acute-PTSD) اذا استمرت اعراض الاضطراب ما بين (1- 3) شهرا.
2. اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المزمن (chronic PTSD) اذا كان استمرار اعراض الاضطراب ثلاثة اشهر فاكثر.
3. اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المتأخر الظهور (Delayed PTSD) اذا ظهرت علامات الاضطراب بعد ستة اشهر ولم تظهر قبلها.

و. يسبب الاضطراب انزعاجا واضحا اوخللا في الوظيفة الاجتماعية والمهنية او غيرها من الوظائف الحياتية العامة.

ونلاحظ مما سبق ان معايير التشخيص الكلينيكي لـ(PTSD) وهي (ب، ج، د) وهي معايير اساسية اما المعايير (أ، هـ، و) فهي معايير ثانوية اذ ان المعيار (أ) يحدد فقط ما اذا كان الفرد قد مر بأحداث صدمية او لا وفيما اذا كان رد فعل الشخص لها متسم بالخوف او العجز او الرعب وبذلك فان الشخص اذا لم يستوفي هذين الشرطين فلا تطبق عليه بقية الشروط ولا يكون في حدود هذا الاضطراب وكذلك المعيار (هـ) هو لتحديد نوع اضطراب (PTSD) وهذا يحدث بعد تشخيصه في المعايير الثلاثة الاساسية (ب، ج ، د) اما المعيار (و) هو لتحديد البرامج العلاجية وبذلك تكون المعايير الثانوية (أ ، هـ ، و) هنا لتعرف انطباق المعايير. وهناك عوامل عدة مرتبطة في تشخيص هذه الاعراض هي :

1. هناك قسم من الاستعداد الوراثي لكنه ضعيف.
2. عوامل نفسية في غاية الاهمية مثل (اعتقاد الضحية بانه سيموت).
3. تاريخ الفرد (فيما يخص تعرضه) لمشاكل نفسية سابقة تجعله عرضة للاصابة بهذا الاضطراب اكثر من غيره.
4. الاصابة المسبقة بالكآبة تزيد نسبة الاصابة بهذا الاضطراب.
5. يبدو ان اضطراب ما بعد الاحداث الصدمية (PTSD) نابع من استجابة هرمونية للصدمة لان الهرمونات تفرز وتتجه للدماغ وقد تسبب انعدام موازنة كيميائية طويلة الامد، وتكون مسؤولة عن الاعراض.
6. إن التجارب الصدمية، هي تراكمية فالمتعرض لاكثر من صدمة يصبح اكثر حساسية لاعراض وهناك جملة عوامل منفصلة تخص كيفية استجابة الفرد لاعراض (PTSD) هي:-

أ. الانعزاليون اكثر عرضة للاصابة بهذا الاضطراب.

ب. الافراد الذين يجترون الحادثة الصدمية متسائلين (لماذا انا بالذات) يكونوا اكثر عرضة للاصابة باضطراب (PTSD) المزمن.

ج. الافراد الذين لديهم تذكر مزمن (Chronic Reminder) عن الصدمة مثل فقدانهم عضو من الجسد يكونوا اكثر عرضة للاصابة بهذا الاضطراب.

ويجب التمييز وعدم الخلط بين اعراض (PTSD) واعراض كل من القلق والاكتئاب بالرغم من التشابه الكبير بين اعراض (PTSD) واعراض كل من القلق والاكتئاب اذ ان مريض (PTSD) يكون قد مر باحداث صدمية واستجابته لها تميزت بالخوف الشديد او العجز او الرعب في حين مرضى القلق والاكتئاب لايشترط فيهم هذا وانما قد تكون احداث حياتية او اسباب اخرى.

النماذج النظرية الخاصة باضطراب ما بعد الاحداث الصدمية (PTSD):

نظرية التحليل النفسي: (psychoanalytic theory)

تفسير فرويد للعصاب الصدمي:

اعتبر فرويد صدمة الولادة (مع ما يصاحبها من احساس الوليد بالاختناق المرادف لضيق الموت) بمثابة اولى تجارب القلق في حياة الانسان. وترتكز نظرية فرويد في الاعصبة او العصاب الصدمي الى القول بان اصل هذه الاعصبة يعود الى العقد النفسية في الطفولة وان مبدأ العصاب الصدمي الناجم عن صدمة نفسية حديثة العهد (ولاعلاقة لها بالطفولة) يتعارض نظريا مع طروحات التحليل النفسي. ولقد اعترف فرويد بوجود هذه الاعصبة واطلق عليها تسمية (الاعصبة الراهنة) وهو يعتبرها بمثابة شواذ القاعدة التحليلية كما يعد هذه الاعصبة اللانمطية الشاذة عن القاعدة غير قابلة للشفاء بالعلاج التحليلي الذي يركز جهوده على العقد الطفولية. ويرى فرويد ان سبب العصاب هو حالة نكوص الى عصاب

الطفولة الاصلي الذي كان يعاني منه الفرد والاعراض الناتجة هي لحماية (الانا) ego من التصدع.

يعد التعرض للصدمة هو رد فعل طفولي للتخلص من الموقف الحاد والمؤلم، وان كان التصرف لايتناسب مع سلوك الفرد وشخصيته فهو يخفف من حدة القلق والضغط الذي يعانيه. ويعتبر فرويد معظم الحوادث التي يمر بها الفرد انما هي تحتاج دافع لاشعوري للوقوع في الحادث وهي عقاب للذات ناتج عن صراعات نفسية لاشعورية.

ولقد شرحت نظرية التحليل النفسي الاعراض التي تعقب التعرض للصدمة الهياج والارق والخوف واعادة الحدث الصدمي والتي ينظر اليها على انها مؤشر للدوافع المتجددة للهو وركزت على ان الاصابة بالاضطراب ينتج عنها فائدتان للمريض:

1. تقليل التوتر والصراع من خلال آليات دفاعية نفسية مثل النكوص (Regression) والكبت (Repression) والانكار(Denial) والذي يعد ربحاً داخلياً.
2. تتضمن الفائدة الثانية التعويض المعنوي والمادي والاهتمام المتزايد والتعاطف من قبل الآخرين.

وعلى الرغم من موقف فرويد هذا من العصاب الصدمي الا ان نتائج الدراسات لاضطراب (PTSD) واجهت موقفا متمثلاً بالتباينات الواضحة في مدى الاصابة وشدتها باضطراب (PTSD) لأناس تعرضوا للحدث الصدمي نفسه ولم تجد تفسيرا حيال ذلك سوى الرجوع الى فرويد والتحليل النفسي نتيجة مرور هؤلاء الافراد. وهذا ماشار اليه (مكدانيال) McDaniel اذ اكد (انه بوجود شخصية شكاكة ومتوجهة سلبياً نحو الحياة وليس لها القدرة التعايش مع الاخرين باسلوب ناضج، ومعقول سوف يزداد أمد المعاناة لديها لان الاستجابة للصدمات النفسية، تعكس تراكمات الصراعات من احداث الماضي).

وهذا يشير الى ان الموقف النظري المؤسس لنظرية الغريزة والليبدو هو الذي يفسر ان رد الفعل للصدمة النفسية يكون من المتوقع ان يتبع الحدث الصدمي ومع ذلك وضمن مدة معقولة من الزمان فأن الذات السليمة طويلة الامد تكون قادرة على استيعاب الحدث.ومعنى ذلك ان ظهور اعراض (PTSD) لدى الضحية هو سبب ضعف قوة الذات الضرورية للتعامل مع الحدث الصدمي.

نظرية السيكوسوماتيك التحليلية (الآثار الجسدية – النفسية للصدمة):

وتشير هذه النظرية الى ان الاضطرابات السيكوسوماتية (الجسدية – النفسية) تكون نتيجة للضرر النفسي الذي يحدث في جهاز المناعة النفسية. اعتمد المحللون المحدثون العاملون في ميدان السيكوسوماتيك في دراستهم (حالة دورا تلك المريضة الشهيرة التي عالجها فرويد وكتب عن حالتها كتاباً) فلاحظوا انها كانت تعاني من وضعيات عصابية اخرى تنتمي الى ميدان العصابات اللانمطية وهذه الاعصبة هي المسؤولة عن السيكوسوماتية (الجسدية – النفسية) لدى دورا ومن هنا جاءت تسمية هذه الاعصبة "بالسيكوسوماتية" وهم يقسمون هذه الاعصبة الى- :

1. العصاب السلوكي: وينجم عن سوء تنظيم الجهاز النفسي.
2. العصاب الطبائعي: وينجم عن عدم كفاية التنظيم النفسي.

ويقسمون العصاب الطبائعي (اللانمطي) من حيث عدم الكفاية على ثلاث درجات هي:-

1. جيد التعقيل.
2. غير مؤكد التعقيل.
3. سيء التعقيل.

ويؤكد بعض المحللين النفسيين ان المصاب بهذه الاعصبة يكون اقل قدرة على تحمل الصدمات والرضوض النفسية وذلك بسبب خلل جهازه النفسي المسؤول

اصلا عن اصابته بالعصاب. والسيكوسوماتيك اذ يشددون على دور الاعصبة النفسية – الجسدية فانهم لايهملون الاعصبة النفسية وامكانية تواجد النوعين معا. وذلك بحيث تتبدى حينا المظاهر النفسية لتتبدى المظاهر الجسدية في حين اخر.

ومن ابرز مرتكزات التشخيص السيكوسوماتي للعصاب الصدمي هي كالتالي:

1. البنية الذاتية: وهي نتيجة نمط تنظيم الجهاز النفسي وهي تعكس هذا التنظيم كما تعكس اختلالاته. اي انها تحدد لنا مدى توازن الشخص قبل تعرضه للصدمة.
2. تاثير الصدمة: ويتحدد هذا التأثير من خلال مقارنتنا بين الخصائص الاعتيادية للشخص قبل الصدمة وخصائصه الحالية أي بعد تعرضه للصدمة.
3. تحديد التشخيص التفريقي بين المظاهر الهيستيرية المجسدة وبين المظاهرالنفسية الجسدية الحقيقية.

النظرية السلوكية Behavioral Theory :

تؤكد هذه النظرية ان الاشتراط الكلاسيكي يتم عندما ترتبط استجابة التوتر والقلق بمثيرات ومنبهات مرتبطة بصدمات نفسية شديدة. وهذا يشير الى ان الحدث الصدمي هو بمثابة منبه غير مشروط يظهر الخوف والقلق بالاستجابة اللاشرطية او الطبيعية ويصبح المنبه غير الطبيعي (خبرة ما اقترنت بالحدث الصدمي مثل الاصوات العالية او سيارات الاطفاء وغيرها من المثيرات تعد منبها مشروطاً وتظهر الاستجابات العاطفية المشروطة المتمثلة بالخوف والقلق والتي يشعر المريض بسببها بعدم الراحة وتؤدي به الى ان يسلك سلوكا تجنبياً سلبياً. وهنا تظهر اعراض المرض وتنقسم المثيرات الى:-

1. **المـثير الطبيعـي (Natural Stimulus):-** مـثير محـدث للاسـتجابة بصـورة آليـة ، مثـل (انفجـار القنابـل) ويكـون رد الفعـل الطبيعـي هـو الخوف. وتعد استجابة لاشرطية.

2. **المثير غير الاشتراطي(Unconditioned Stimulus):-** وهـو حـدث او خـبرة لاتسـتوجب رد الفعـل الطبيعـي الخـوف في بدايـة الأمـر ولكـن اقترانه بـالمثير الطبيعـي يثير الاستجابة الطبيعية مثلاً الاصوات العالية وسماع صوت الطائرات وسيارات الاطفاء وغيرها.

3. **اقتران المثير المحايد بالمثير الطبيعـي:-** قـد تحـدث احيانـا لمرة واحـدة وخصوصـاً في الحـالات الشـديدة او لعـدة مـرات وبعـد هـذا الاقـتران فـان المثير المحايد قد يستدعي رد فعل مماثل للاسـتجابة اللاشـرطية ويسـمى بالاستجابة الشرطية. ويمكـن ان تمتـد الاسـتجابة الشـرطية الى احـداث مشـابهة للمـثير الشـرطي والى جوانـب الموقـف الـذي تم فيـه اشـراط الاستجابة اصلاً وتسمى هذه العملية بتعميم المثير.

نظرية معالجة المعلومات :- Information – Processing Approaches (PTSD)

تشير هذه النظرية الى ان الفرد عندما يتعرض الى احداث صدمية فان تلك الاحداث تدرك على انها معلومات جديدة وغريبـة عن المخطـط الادراكـي الموجود لانها غير موجودة ضمن ذلك المخطـط فـالفرد غالبـا لايكـون مهيئا لمواجهة تلك الاحـداث لانهـا احـداث تقـع خـارج الخـبرة الانسـانية الاعتياديـة وبالتـالي لايتوقـع حدوثها. وعندما تحـدث فانهـا تكـون غريبـة علـى ذلـك المخطـط بحيـث ان الفـرد لاتكون لديه القدرة او الوسائل او الكيفية للتعامل مع تلك الاحداث وبذلك تهدد الفـرد ويضـطرب نظـام سـلوكه ولكـي يـتمكـن مـن استعادة توازنـه عليـه ان يستوعب ويمثل تلك الصدمة داخل المخطط الادراكـي عن طريق معرفة الوسـائل التكيفيـة الصـحيحة المناسـبة لتلـك الصـدمة فيـؤدي ذلـك الى تخفـيض تـدريجي

لتاثيرات الصدمة. اما اذا لم يتمكن الفرد من استيعاب وتمثيل الصدمة فان تاثيرات تلك الاحداث ستبقى في ذاكرة الفرد.

وعلى وفق هذه النظرية فالفرد اما ان تزداد لديه اعراض اعادة اختبار الحدث كالذكريات المحزنة والتسلطية واحلام وكوابيس عن الحدث او الحزن الشديد عند التعرض للمواقف التي تثير الذكريات المؤلمة عن الحدث او عدم القدرة على تذكر الحدث. وبحسب رؤية هورويتز (Horowitz) اذ يؤكد على ان الاحداث الصدمية تحدث اضطراباً لأدراك الفرد للواقع، وقد اشار الى ان الناجين من الاحداث الصدمية يعانون من الاعراض في مراحل معينة ولاسيما الاشخاص الذين اظهروا تأخرا في ادراك واستيعاب وفهم الحادث. واكد ان رد الفعل المباشر قد يكون عبارة عن اضطراب عاطفي يعقبه رفض التصديق وخدر في الاحاسيس وقد يحدث بعد ذلك مرور الفرد بفترات يعاني فيها من افكار او صور او مشاعر اقتحامية وفتور عاطفي واحاسيس مستمرة بالرفض وخدر المشاعر وتغيرات في السلوك وتعد كل هذه الاطوار آليات دفاعية ذاتية ناتجة عن عدم ادراك الفرد للحقائق بشكل كامل. ومن الملاحظ على هذه النظرية انها تؤكد على العوامل المعرفية ودورها في الاحداث الصدمية مهملا تاثير العوامل الشخصية والبايولوجية في الاستجابة للصدمة والعوامل الموقفية التي تتفاعل معها.

نظرية المناعة النفسية (Psycho immunology):

لقد استنتجت اليزابيث موسون(E.K. Moussong) من دراسات عديدة عن الاحداث الصدمية ان هذه الاحداث لاتؤثر بالطريقة نفسها وبالمقدار نفسه لدى اشخاص مختلفين. وان العامل الاهم في تحديد ردود فعل الكائن الحي ليس الحدث الصدمي بحد ذاته وانما القدرة على المواجهة او السيطرة على الموقف وهذه تساعد على التحكم في مشاعر الحيرة والقلق والخوف والاعراض التي تلازمها، مثل تسارع ضربات القلب، وارتفاع الضغط والتعرق ومقاومة الالتهابات والاورام (اي على جهاز المناعة).

ولقد ثبت ان الاحداث الصدمية تسبب في اطلاق افيونات المخ المسماة (الاندورفين) من مصادر مركزية واقعة في (الدماغ) وهامشية (خارج الدماغ) مما يتسبب في قمع ردود الفعل المناعية لدى ذوي القدرة المحدودة على المواجهة (فكلما انخفضت هذه القدرة كلما ازداد افراز الاندورفين) وفي الجانب المقابل يمكننا ملاحظة انخفاض انتاج (النور ادرينالين) على صعيد الدماغ الاوسط للحيوانات خلال مرحلة النشاط الاقصى لرد الفعل المناعي (نتيجة للضوابط المناعية التي يطلقها جهاز المناعة) .

وان انخفاض مستوى (النور ادرينالين) الدماغي قد ينتج عنه انخفاض في النشاط المناعي وهذا يفسر لنا اسباب انخفاض مقاومة ضعاف القدرة على مواجهة الآثار المؤذية والاعراض المرضية التي تنشأ نتيجة للحدث الصدمي.

وترى موسون ان هناك عاملاً مهماً يؤدي الى ارتفاع نسبة الامراض النفسية هذا العامل هو (قلق المستقبل) وهي ترى ان افضل طريقة لمواجهة (قلق المستقبل) تتمثل في تحسين الاوضاع الاجتماعية لان الامان النفسي للفرد لايمكن ان يتحقق الا من خلال اجواء انسانية بعيدة عن التشنج وهذه الطريقة تلقي على المسؤولين والمهتمين بالصحة النفسية تحدياً كبيراً يتمثل بـ(كيف نحيا) Learning to be.

نظرية الاستجابة للضغط :- (Stress Response Theory):

اشار هانز سيلي (H. Selye) الى أن الضغط هو رد فعل غير محدد يظهر عند التعرض الى الاحداث الصدمية التي تصنف الى ثلاثة عوامل هي:

1. عوامل الضغط النفسي – الجسدي: مثل الاصوات المزعجة او الاصابات او الجروح او الحوادث، او الآلام الجسدية...الخ.
2. عوامل الضغط النفسي: مثل القلق والمخاوف على انواعها، والاخطار (وخاصة ما يهدد الحياة منها) والوحدة والارهاق الفكري ...الخ.

3. عوامل الضغط الاجتماعي مثل الصراعات المهنية والظروف الحياتية المعيشية الصعبة والخلافات العائلية، وصعوبات العلاقات الاجتماعية الشخصية والعزلة الاجتماعية...الخ.

ولقد لاحظ سيلي (Selye) ان الارهاق الناجم عن الضغط يؤدي الى ظهور المظاهر الآتية:-

1. تضخم القشرة الكظرية.
2. نزيف غشاء المعدة.
3. انحطاط وتراجع الانسجة الليمفاوية والغدة الصعترية (المسؤولة عن جهاز المناعة).

وقد تظهر العلاقة بين الانفعال وعدم التوافق الفسيولوجي المصاحب له بمراحل ثلاث سميت بـ(اعراض التكيف الفسيولوجي العام) وهي:-

1. مرحلة الانذار The Alarm Stage: وتتمثل برد فعل هو بمثابة الانذار ويتجلى بتحريك قدرات الجسد للتصدي للعوامل الضاغطة.
2. مرحلة المقاومة The Stage of Resistance: وتاتي هذه المرحلة لتعقب سابقتها في حال استمرار تاثير عوامل الضغط وهي تقتضي تعبئة قدرات الجسد كافة لمواجهة العوامل.
3. مرحلة الانهاك The Stage of Exhaustion: تتميز باستنفاذ قدرات الجسم على التكيف مع العوامل الصدمية مما يجعل الجسم عاجزاً عن التفاعل او حتى اعطاء الاجوبة على هذه المثيرات في حال استمرارها تستطيع هذه المرحلة ان تؤدي الى الموت.

النظرية الوراثية (Genetic theory):-

مما لا شك فيه ان الوراثة تلعب دورا هاما في جميع الامراض النفسية وتكاد ترتبط العوامل الوراثية بقوة بجميع اعراض اضطراب ما بعد الاحداث

الصدمية. وهذا ما دلت عليه دراسة التوائم اذ وجد ان هنالك عنصرا مكوناً وراثياً لنقل PTSD في الاقارب من الدرجة الاولى مما يعطي امكانية متزايدة لتطوير اعراض PTSD وان كان الحادث لايحمل صفة الكارثة ويعزى التحسس النفسي للفرد الى عوامل جينية والتاريخ المرضي لاسرته وهذا ما اكدته دراسة التوائم المعرضين للقتال اذ اظهرت المجموعة الثانية نسبة عالية للاستعداد لتطوير PTSD بالمقارنة مع التوائم غير المعرضين لخبرة القتال.

ويرى المحللون ان العوامل الوراثية تعطي الاستعداد او الاهبة للاصابة بالاضطراب فاذا ما تعرض هؤلاء الاشخاص للحدث الصدمي فان ذلك يؤدي لظهور الاعراض وكلما كانت العوامل الوراثية اقل فان الاحداث الصدمية تغدو اقل تاثيراً ولكن الصدمات القوية يمكن ان تسبب الاعراض حتى وان كان تاثير العوامل الوراثية منخفضاً.

وبناء على ذلك تكون العلاقة بين العوامل الوراثية والاحداث الصدمية علاقة تفاضل وتكامل اي بمعنى انه لابد ان يكون احدهما (العامل الوراثي والصدمة النفسية) قوي التاثير لكي تظهر اعراض اضطراب مابعد الاحداث الصدمية.

المنظور الاجتماعي (Social Perspective):

يشير المنظور الاجتماعي الى ان البيئة الجيدة تتضمن درجات عالية من الاسناد الاجتماعي والطبي والنفسي اذ يؤثر الاسناد الاجتماعي وبصورة كبيرة في التنبؤ باعراض PTSD والى الآليات الاجتماعية تسهل العودة السريعة الى الاداء الاجتماعي النفسي الطبيعي ذلك لان الفرد اذا شعر بنقص الاسناد الاجتماعي النفسي فأن تأثيرات الصدمة تصبح شديدة وحينها قد يعزل الفرد نفسه ويشعر بالوحدة والعزلة وتزداد اعراض القلق والكآبة لديه.

ويرى المحللون بحسب هذه النظرية ان العوامل النفسية والبايولوجية تتم في اطار اجتماعي معين ولاينكر الاطباء دور العوامل الاجتماعية في التسبب بالمرض

أو تحديد نوعه اذا كان PTSD حاداً أو مزمناً أو متأخر الظهور. فالصراعات التي يعانيها الفرد وصعوبة تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين ينجم عنها شعوره بالخوف وعدم الامان والوحدة وهذا يؤدي الى شعور الفرد بالاحباط مع الجماعة التي لها دور كبير في علاج الاضطراب وكلما كانت العوامل الاجتماعية أكثر ضغطا على الفرد كان تطويره لاعراض PTSD اكثر (مثل العيش في مدينة يشيع فيها العنف وتعرض المجتمع بكثرة للحروب والمعارك العسكرية) ويساهم حجم الشبكة الاجتماعية التي ينتمي اليها الفرد من الاسرة والاصدقاء في دعم ومساندة الفرد لتجاوز الصدمة.

إن الدعم او الاسناد الاجتماعي للفرد يقلل من ظهور اعراض PTSD بينما شعوره بانه لوحده في هذه الصدمة يحدث لديه العكس فضلاً عن ان شعور الفرد بالذنب لبقائه حياً دون الآخرين (في حالة الصدمات التي ينتج عنها موت الاشخاص المحيطين بالفرد مثل المعارك وحوادث القتل في معسكرات الاسر) يعزز هذه المشاعر التي تكون سببا رئيسيا لظهور الاضطراب.

نظرية التعلق Attachment Theory :

آكدت هذه النظرية على الطبيعة التبادلية لعملية التعلق من خلال منظرها باولبي(1985) J.Bowlby الذي يركز على الارتباط العاطفي ذي المنشأ البايولوجي بين الوالدين وبين الطفل. وقد انتقد باولبي مصطلح الاتكالية (Dependency) وطالب باستخدام مصطلح (Attachment) بدلاً منه ذلك لان مفهوم التعلق قائم على اساس العلاقات التبادلية بين الام والطفل. وأشار الى ان الحاجة الانسانية تحتاج الى ارتباط عاطفي عميق ينشأ من اجتماع عوامل متعددة وتشتمل هذه العوامل التنشئة الاجتماعية والتركيب الوراثي والمحتوى البايولوجي الذي يدفع (الطفل) الى الارتباط العاطفي والالتصاق بمانحي الرعاية له (الوالدين) وذلك من اجل حمايته ووقايته اذ يمنح الوالدان اشارة السلامة والفرصة للطفل بان يكتشف العالم المحيط به بدون الاصابة باذى او خوف وعندما يتعرض

الطفل الى الاحداث الصدمية فانها تتحدى اشارة السلامة هذه فينشأ صراع عاطفي يتطلب من الطفل ان يقوم بمناورات نفسية ليعيد تكوين احساسه بالامان والسلامة. وحين لايتم انجاز هذه العملية بسهولة فقد يتبع ذلك الاضطراب مثل القلق والاكتئاب ويرتبط التأثير الاقصى لهذا الصراع بصعوبة تكوين العلاقات الاجتماعية بمرحلة البلوغ وقد ينجم عن ذلك صعوبات او خوف من الاختلاط بالآخرين واقامة علاقات صداقة معهم اي تؤدي الى سوء التوافق النفسي الاجتماعي.

❖ وأشار باولبي الى أن التعلق يمر بعدة مراحل تظهر فيها تطور العلاقات الانسانية هذه العلاقات هي كما يأتي:

1. المرحلة التي يكون الطفل الرضيع خلالها يستطيع اقامة علاقة بشخص تقمصه بوضوح أي امه – ويبلغ الطفل هذه المرحلة في الحالات السوية عند سن خمسة أو ستة أشهر.
2. المرحلة التي يحتاج فيها الطفل الى امه كرفيق حاضر دائما معه وتستمر عادة حتى سنته الثالثة.
3. المرحلة التي يصبح أثنائها قادرا على الاحتفاظ بالعلاقة بامه في غيابها وهو يحتفظ بهذه العلاقة خلال السنة الرابعة أو الخامسة في ظروق ملائمة فقط ولعدة أيام في مدة الغياب الواحد. وبعد سن سبع أو ثماني سنوات.
4. يستمر الاحتفاظ بعلاقته بامه لفترة سنة أو اكثر.

❖ وقد وصف باولبي سلوك الطفل بعد انفصاله عن امه في مراحل ثلاثة هي كما يأتي:-

1. مرحلة الاجتماع:- تبدأ بعد الانفصال مباشرة أو يتأخر بعض الوقت ويمكن أن تدوم في عدة ساعات الى اسبوع أو أكثر ويظهر

خلالها الطفل علامات الضيق الشديد لفقدانه الام ويبحث بكل الوسائل لاعادتها فيبكي ويصرخ بكل من يقترب منه.

2. مرحلة فقدان الامل:- يظهر خلالها علامات القلق لغياب الام ويفقد الامل تدريجيا وينخفض نشاطه ويبكي برتابة وبشكل متقطع وتغلب عليه الانطوائية ويبدو كأنه في حالة حزن وتتميز المرحلة بالهدوء مما يظهر للآخرين ان حزن الطفل بدأ ينخفض.

3. مرحلة تلاشي التعلق:- اذ يبدأ الطفل في الاهتمام بمن حوله ويتقبل الطعام ويميل تدريجيا الى التفاعل الاجتماعي والابتسام واللعب، وعند عودة الام يظهر غياب سلوك التعلق لديه فلا يهتم بالام وكأنه لايعرفها .

وفي ضوء ما تقدم نرى باولبي يؤكد على أهمية علاقة الطفل بوالديه وكيف يمكن لرعايتهما وحمايتهما له أثر مهم في تكوين واقامة علاقات صداقة مع الآخرين وفي وقايته من اضطرابات الاحداث الصدمية.

مناقشة النظريات:

قدمت النظريات التي تم عرضها تفسيرات عديدة ومختلفة لاضطراب ما بعد الاحداث الصدمية ونرى ان كل نظرية من هذه النظريات تختلف في وجهة نظرها لتفسير هذا الاضطراب إذ قد تفسرنظرية جزء من هذا الاضطراب وتفسر اخرى جزءا آخر منطلقة من الاطر الفكرية أو الطبية المستندة عليها. وبذا فقد برزت عدة نماذج نظرية اتفقت على وجود عامل أساسي يتسبب في نشوء الاضطراب والذي يمثله المعيار الاول والذي سيتم تقديمه في مقياس البحث الحالي. وايضا اتفقت هذه النظريات في معايير الاضطراب للمقياس (الذي اعتمد على المراجعة الرابعة لتصنيف الجمعية الامريكية للطب النفسي(APA;DSM-IV) والذي اختلفت فيه هذه النظريات هو في تفسير سبب هذا الاضطراب لا في المعايير.

فكانت وجهة نظر فرويد في نظرية التحليل النفسي ترى ان معظم الحوادث التي يمر بها الفرد انما هي نتاج دافع لاشعوري للوقوع في الحادث ويعدها عقاب للذات ناتج عن صراعات نفسية لا شعورية. ويفسر فرويد رد الفعل للصدمة النفسية يكون نتيجة للحدث الصدمي الذي يتعرض له الفرد ويكون رد الفعل ضمن مدة زمنية معقولة وان الذات السليمة تكون قادرة على استيعاب الحدث الصدمي. واذا ظهرت الاعراض التقليدية للحدث الصدمي لدى الفرد المصاب تكون بسبب ضعف قوة الذات الضرورية للتعامل مع الحدث ونلاحظ في هذه النظرية تجاهل لدور المواقف أو الاحداث المهددة للحياة في احداث الاضطراب اذ يرى فرويد أن الاضطراب يحدث نتيجة شخصية مريضة مسبقا ولم تتمكن من التكيف للموقف واستيعابه.

ونظرية السيكوسوماتيك التحليلية ترى ان الاضطرابات تكون نتيجة للضرر النفسي الذي يحدث في جهاز المناعة أو عدم كفاية التنظيم النفسي وان هناك أعصبة سيكوسوماتية وان المصاب بهذه الاعصبة يكون أقل قدرة على تحمل الصدمات، ويؤكدون على دور الاعصبة النفسية - الجسدية وامكانية تواجدهما معاً. وان الشخص المصاب بهذه الاعصبة يكون اقل قدرة على تحمل الاحداث الصدمية بسبب خلل جهازه النفسي المسؤول اصلاً عن اصابته بالعصاب.

والنظرية السلوكية ترى ان الحدث الصدمي يكون بمثابة منبه غير مشروط يظهر الخوف والقلق بالاستجابة اللاشرطية أو الطبيعية ويصبح المنبه غير الطبيعي أو الخبرة التي تقترن بالحدث الصدمي تؤدي الى ظهور الاستجابة العاطفية المشروطة والتي يشعر المريض بسببها بعدم الراحة وتؤدي به الى السلوك التجنبي للحدث الصدمي.

بينما ترى نظرية معالجة المعلومات عدم قدرة الفرد المصاب بالأضطراب على ادراك الخبرة التي قامت باحداث الاضطراب أو معالجتها أو تفسيرها بسبب ادراكه لها على انها أحداث جديدة وغريبة عن المخطط الادراكي للفرد لانها

احداث تقع خارج مدى الخبرة الانسانية الاعتيادية فهو لايتوقع حدوثها وبالتالي لا تكون لديه القدرة على استعادة توازنه ويؤدي هذه الى معالجة الفرد لمعلومات الحدث الصدمي، بطريقة خاطئة اذ يدرك الاشياء المهددة على نحو مبالغ فيه ويقوم بتفسير عدد من الاحداث المبهمة على انها تهديد وعند ذلك يكون من السهل اثارة غضبه ويكون سلوكه تجنبيا.

ونظرية المناعة النفسية (لموسون) ترى ان العامل الاهم في تحديد ردود فعل الكائن الحي ليس الحدث الصدمي بحد ذاته وانما قدرته على مواجهة الموقف أو السيطرة عليه وان الاحداث الصدمية تسبب في اطلاق افيونات المخ المسماة (الاندورفين) من مصادر مركزية واقعة في الدماغ وهذه تكون مسؤولة عن قمع ردود الافعال المناعية لدى الفرد ذو القدرة على المواجهة والعكس اي انخفاض مستوى(النورادرينالين) في الدماغ يسبب العجز وعدم القدرة على مواجهة الاحداث او الاعراض المرضية التي تنشأ نتيجة الحدث الصدمي.

وترى نظرية الاستجابة للضغط ان التعرض الى الاحداث الصدمية يسبب الضغط النفسي- الجسدي وايضا الضغط الاجتماعي مما يؤدي الى الارهاق. وتظهر علاقة بين الانفعال وعدم التوافق الفسيولوجي المصاحب له. وان ردود الافعال الناتجة عن هذا الضغط تتضمن ثلاث مراحل سميت بـ أعراض التكيف الفسيولوجي العام. وهي :

1. مرحلة الانذار
2. مرحلة المقاومة
3. مرحلة الانهاك

والنظرية الوراثية ركزت على الجانب الوراثي ودوره المهم في جميع الامراض النفسية وان العوامل الوراثية تعطي الاستعداد للاصابة بالاضطراب وكلما كانت العوامل الوراثية للفرد أقل تكون الاحداث الصدمية أقل تأثيرا

ولكن يمكن لبعض الصدمات القوية ان تسبب الاعراض حتى وان كان تأثير العوامل الوراثية منخفضاً.

بينما ترى النظرية الاجتماعية ان للبيئة التي يعيش فيها الفرد أثر في تطوير أعراض الاضطراب فاذا شعر الفرد بنقص في الاسناد الاجتماعي والنفسي يصبح عرضة أكثر لظهور اعراض الاضطراب عليه بينما يكون الدعم والاسناد الاجتماعي أثر في التقليل من ظهور أعراض الاضطراب بينما يكون شعور الفرد بالوحدة والعزلة في مجتمع يشيع فيه العنف والمعارك وحوادث القتل اذ تعد هذه معززا للمشاعر التي تكون سبباً رئيسياً في ظهور أعراض الاضطراب.

وركزت نظرية التعلق لـ(باولبي) على الارتباط العاطفي البايولوجي بين الوالدين وبين الطفل وان هذا الارتباط ينشأ من اجتماع عوامل متعددة وهي التنشئة الاجتماعية والتركيب الوراثي والمحتوى البايولوجي الذي يدفع الطفل الى الارتباط العاطفي والتعلق بوالديه ذلك من اجل حمايته ووقايته. وفي ضوء ذلك نرى ان اضطراب ما بعد الاحداث الصدمية هو استجابة بايولوجية ونفسية واجتماعية للاحداث الصدمية التي يواجهها الفرد في فترة ما من حياته وتعتمد هذه الاستجابة على توافر عدد من العوامل المهيئة لظهور الاضطراب بوجود عوامل بايولوجية ترافقت مع تكوين نفسي يساعد على ظهور أعراض الاضطراب النفسي يترافق مع عوامل اجتماعية ساهمت بصورة مباشرة في تطور أعراض اضطراب ما بعد الاحداث الصدمية لذا تبنت الباحثة نظرية باولبي لانها اهتمت بدراسة جميع العوامل المباشرة لاحداث اضطراب ما بعد الاحداث الصدمية.

العصاب من منظور الصحة النفسية

العصاب Neurosis

اذا كنا هنا نتحدد بنظرية هورني للنزعات العصابية إلا اننا نجد أن هذه النزعات العصابية والتي حددتها هورني في نظريتها لم يتناولها العلماء الآخرون

بالتفسير والتوضيح كما فعلت هورني حيث أنهم أكدوا في نظرياتهم وآرائهم على العصاب والذي يختلف عن النزعات العصابية والتي هي استعدادات قد تؤدي إلى مرض العصاب.

إذ يشير "كاتل" Cattle ، أن النزعات استعداد أو تهيؤ الفرد لأن يكتسب أنماط سلوكية معينة بسهولة أكبر من اكتساب أنماط سلوكية أخرى. وإذا كان العصاب اضطراب وظيفي للشخصية يؤثر على الاتزان الانفعالي للفرد وبسعادته ومدى رضاه عن حياته بشكل عام. إلا أن البعض يصفه على أنه حالة تقع بين الشخصية السوية من جهة والشخصية الذهانية من جهة أخرى أي أن التدرج يبدأ بالسواء ثم العصاب ومن ثم الذهان ولا توجد حدود فاصلة أو حادة بين المستويات الثلاث (السواء، العصاب، الذهان) فالعصاب مثلاً يمثل أعراض موجودة عند الأسوياء تزداد شدتها عند الذهانيين وتشير إلى مدى تصدع الشخصية وبعدها عن الواقع بينما يرى آخرون أن العصاب والذهان يقعان على بعدين متعامدين. الفارق المهم بين (العصابي والذهاني) هو أن الأول يكون أكثر اتصالاً بالواقع وأكثر استبصاراً وإدراكاً بمشكلته ساعياً في الأغلب إلى العلاج بنفسه، عكس الذهاني الذي يبتعد عن الواقع كثيراً ويضطرب لديه الانفعال والقدرات العقلية.

وقد قدم مصطلح العصابي من قبل وليم كولين "William Cullen" عام 1781 أما الحالة التي نعرفها الآن طبياً، فقد اهتم بها أنطون ميزمر " Anton Mesmer" (1733- 1815).

وعد "شاركوت" Charcot (1825- 1893) أول من درس الحالات العصابية في أواخر القرن التاسع عشر حيث أفترض أن العصاب سببه فكرة مرضية في العقل ولم يرى في الأسباب النفسية أسباب أساسية في هذا المرض.

في حين يرى "زهران" (1978) "إن العصاب ليس له علاقة بالأعصاب وهو لا يتضمن أي نوع من الاضطراب التشريحي أو الفسيولوجي في الجهاز العصبي

وكل ما في الأمر أنه اضطراب وظيفي دينامي انفعالي نفسي المنشأ يظهر في الأعراض العصابية".

والعصاب عادة يوحي بوجود صراعات داخلية وتصدع في العلاقات الشخصية وظهور بعض الأعراض مثل القلق والاكتئاب والوساوس والأفعال القهرية، وسهولة الاستثارة والحساسية الزائدة واضطراب النوم والطعام وأيضاً بعض الأعراض الهستيرية، إذ يحدث هذا من دون مساس بترابط الشخصية وتكاملها إذ يتحمل العصابي المسؤولية كاملة ويقوم بواجباته الحياتية بشكل مقبول ويتجاوب مع الآخرين من دون احتكاك واضح مع سلامة الإدراك والاستبصار بالمرض، والتحكم بالذات، مما يميز هذه الاستجابات العصابية عن الذهان الذي تضطرب فيه هذه الصفات.

"ولقد استخدمت المدارس الإنكليزية والأمريكية مصطلح Pychoneurosis وتعني به الانفعالات العاطفية التي تنجم عن الصراع بين التوترات الداخلية الموجودة في شخصية تعاني من الضعف أو بين محيط ضاغط بصورة غير اعتيادية مما يؤدي إلى نشوء أعراض مرضية تحدد من فاعلية الفرد النفسية والبدنية بصورة ظاهرة وتجعله أقل سعادة من الآخرين بينما ترفض المدارس الألمانية استخدام هذا المصطلح بحجة أنه ينطوي على الإشارة إلى وجود خلل في الجهاز العصبي وعلى هذا الأساس فإنهم يلحقون العصاب إلى المصطلح العام علم الأمراض النفسي (السايكوباثولوجي) Psycho-Pathology".

وتشير الأدبيات النفسية أن العصاب يشمل جزءاً من الوظيفة العقلية دون أن يؤدي إلى اضطرابات حادة كالهلوسة في الإدراك أو الأوهام الأضطهادية في التفكير أو في القدرة العقلية الأساسية للتمييز بين الواقع والخيال، إذ أن هذه الأعراض يراها المختصون أعراض تفاضلية وتمييز الذهان عن غيره.

ولقد وجد أن الباحثين في ميدان علم النفس يتفقون على أن العصاب هو أحد الاضطرابات النفسية التي تدخل ضمن حدود اللاسواء، وأن مفاهيم مثل

السواء واللاسواء هي مفاهيم ليست مطلقة بل هي مفاهيم نسبية تتأثر بثقافة الشخص وطبقته الاجتماعية، فالسلوك الطبيعي في مجتمع ما قد يكون غير سوي في مجتمع آخر والشخص السوي في إحدى طبقات المجتمع قد لا يكون سوياً في طبقة أخرى تبعاً للقيم والمعايير الاجتماعية، وفي هذا السياق تقلل "هورني" من خطورة المشاكل والشدائد النفسية الشخصية في إحداث القلق والعصاب وتلقي اللوم على المحيط والثقافة التي تقولب السلوك البشري وتقول أن المرض النفسي هو "مفهوم ثقافي" أي أن كل بيئة تفسره حسب معتقداتها وأن الاضطرابات العصابية هي أكثر الاضطرابات النفسية حدوثاً ويلاحظ أن هنالك عدداً من الناس لديهم اضطرابات عصابية ويعيشون فيها طوال حياتهم ولا يفكرون في استشارة معالجاً نفسياً.

وقد جرت محاولات عديدة لتصنيف الاضطرابات أو الأمراض العصابية على الرغم من عدم وجود حواجز حادة وواضحة بين هذه الاضطرابات، حيث من الممكن لأي من الأعراض الظهور بأكثر من اضطراب حيث تشير رابطة علماء النفس الأمريكية (A.P.A) إلى أن الصور التصنيفية ليست ثابتة بالضرورة عبر الزمن وهي تتباين من حيث العلاج واختلاف الاضطراب. وقد حاول "فرويد" أول الأمر تقسيم العصاب النفسي إلى:

1. **العصاب الحقيقي True Neurosis**: الذي ينتج عن السموم الجنسية التي تخلفها الطاقة الجنسية المكبوتة.
2. **العصاب النفسي Psycho Neurosis**: وله أصل نفسي أو هو نفسي المنشأ.

وقد صنفه "دافيشون ونيل" Davison & Neale 1974 إلى عشرة أنواع وهي الفوبيا، القلق العصابي، الهستريا التحويلية، الهستريا التفككية، الوساس القهري، النحول العصبي، عصاب الوجود، فقدان الهوية، الكآبة، توهم المرض.

بينما يصنفه العوادي (1992) إلى أربعة عشر نوعاً (القلق النفسي،

الرهاب، الكآبة العصابية، عصاب الحزن، الوساس التسلطي القهري، الهستريا، توهم المرض، النحول (الوهن) العصبي، القهم عصاب آباء الطعام)، عصاب الحرب، وأمراض عصابية أخرى مثل عصاب الحوادث وعصاب السجن وعصاب القدر. ومن جانب آخر فقد توصلت منظمة الصحة العالمية (ICD-10) إلى تصنيف الأمراض العصابية إلى:

1. اضطراب الرهاب بأنواعه.
2. الرهاب الاجتماعي.
3. اضطراب القلق.
4. اضطراب الوساس القهري.
5. الاضطرابات العصابية الناتجة عن التعرض للشدائد أو الكوارث الاجتماعية
6. الاضطرابات الرحامية.
7. اضطرابات جسمية.

بينما يصنفه الشاذلي (2001) إلى:

"القلق، الهستريا، عصاب الوساس والقهر، توهم المرض، الخواف (الفوبيا)، الاكتئاب التفاعلي، الضعف العصبي (النيوراستينا)، الهبوط أو الضعف النفسي (سيكاثينيا)، عصاب الحرب، عصاب الحادث، عصاب السجن، عصاب القدر، والعصاب المختلط".

وقد حاول تفسير العصاب وأسبابه الكثير من علماء النفس والنظريات النفسية، ويرى "فرويد" وهو من أشهر علماء التحليل النفسي أن العصاب ذو منشأ نفسي بصورة رئيسية فضلاً عن ذلك أن العصاب هو نتيجة الصراع بين الهو والأنا. وإن الجهاز النفسي لابد أن يكون متوازياً حتى تسير الحياة مسيراً سوياً ولذلك يحاول الأنا حل الصراع بين الهو والأنا الأعلى فإذا نجح كان سوياً وإذا أخفق

ظهرت أعراض العصاب. وقد جعل من القلق لب العصاب ومحوره ومن عقدة أو ديب نواته ومنشأة ويرى أنه لا يوجد عصاب نفسي بدون استعداد عصابي أي بدون عصاب طفولي.

بينما يرى "أدلر" أن العصاب ينشأ من خطأ الفرد في إدراك وتفسير بيئته وحينما يصعب على الفرد أن يتخذ أسلوباً في الحياة يستطيع أن يعوض ما يشعر به من نقص فيخاف من الفشل في تحقيق أهداف الحياة فيلجأ إلى حيل الدفاع النفسي التي تكون الأمراض العصابية ويرى أن أسباب العصاب ترجع إلى خبرات الطفولة وخاصة تلك التي تتعلق بالعلاقات المضطربة داخل الأسرة.

في حين ترى "هورني" أن القلق لب العصاب ومحوره وأن القلق أساس العصاب وهو من وجهة نظرها بمثابة اضطراب للعلاقات الانسانية.

ويرى "فروم" بأن الأعصبية بمجملها تعبيراً عن الصراع الأساس والقائم بين سعي الإنسان المشروع للتمتع بالحرية وتحقيق الذات والسعادة والاستقلال وبين النظم المختلفة والقائمة في مجتمعه التي تعارض وتحبط هذاالسعي وتحقيقه.

ويعتقد "سوليفان" أن القلق أساس كل من العصاب والذهان وقد أكد على أهمية التفاعلات مع الوالدين خلال عملية التنشئة الاجتماعية أو التطبيع الاجتماعي في تشكيل السلوك المقبول أو المنحرف منذ الطفولة.

ويرى "يونج" أن العصاب هو محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع وأن الذكريات المكبوتة في اللاشعور لها دور مهم في تكوين العصاب وأن الأعراض العصابية تزداد بواسطة عوامل ثانوية مثل التدليل والتوتر الناتج عن ضغوط أحداث الحياة وتكرار العصاب يمكن إرجاعه إلى سوء الإدراك وفساد العلاقات الشخصية بين الفرد ونفسه وأن أسلوب التربية الذي ينشأ عليه الفرد يختلف عن ميوله الفطرية وهنا يحدث الصراع بين الشعور واللاشعور وهذا الانقسام الداخلي قد يصبح عنيف ينتج عنه العصاب.

في حين يرى "أوتورانك" أن الشخصية العصابية هي تلك الشخصية التي

وقفت في نموها، عند ما أسماه بدور الشخص العصابي، فيشعر الشخص العصابي أنه مبعد عن الأكثرية، لا يقبل معاييرها ولا يتقبل نفسه ولا يتقبل المثل التي يوحدها بإرادته الخاصة ويكافح ضد أي خطر خارجي ويعيش في حرب دائمة مع نفسه ومع المجتمع وتسيطر عليه مشاعر الخوف من الحياة، الانفصال عن الآخرين، والموت وفقدان الفردية، ويكون لديه استعداد لقبول ما يملي عليه وتبني وجهات النظر الآخرين.

وقد أعتبر "أيزنك" أن العصاب هو مجرد عادة خاطئة تعلمها الفرد نتيجة تجارب وظروف تركزت عن طريق المنعكسات الشرطية المتعددة، وأن لا علاقة للعصاب باللاشعور والكبت ولذلك فإن المريض العصابي يمكن معالجته بإطفاء العادة المريضة (وتأسيس) عادة جديدة صحيحة أو بناء سلوك طبيعي جديد في محل السلوك الخاطئ.

وقد أعتبر "بافلوف" أن العصاب اضطراب بين استجابة الكف والاستثارة وهي استجابات تعتمد على تكوين الفرد وقد أعتبر الهستريا والإعياء النفسي كأبرز أمراض العصاب.

ويربط "روجرز" بين العصاب ومفهوم الذات فيقول أنه نتيجة عدم تطابق السلوك مع الذات حيث يشبع الفرد حاجة لاشعورية بوسائل سلوكية تتفق مع مفهوم الذات لديه.

ويفسر "دولاردوميللر" العصاب على أنه نتيجة للخبرة أكثر من ذلك الذي يقع نتيجة للحاجات الفطرية ونتيجة للإصابة العضوية وأن الصراعات العصابية متعلمة وتعد مرحلة الطفولة المبكرة مهمة في نشأة العصاب.

أما المدرسة السلوكية فإنها تنظر إلى أعراض العصاب بأنه العصاب نفسه وأن العصاب سلوك يتم تعلمه تبعاً لمبادئ التعلم العامة التي تحكم أي سلوك وان الاضطرابات العصابية مجرد عادات تم تعلمها والتي تم اكتسابها من خلال التعزيز لمثيرات معينة في مرحلة الطفولة.

نظرية كارين هورني

تعد كارين هورني من الفرويديين الجدد والتي تنتمي إلى مدرسة التحليل النفسي ومن منظري الشخصية الذين تأثروا كثيراً بفرويد غير أنها خالفته في بعض أفكاره الرئيسية ولاسيما تحليله للإناث وتأكيده على الغرائز الجنسية فقد استوحت من عملها كمعالجة نفسية إن العوامل البيئية والاجتماعية هي أكثر المؤثرات في تشكيل الشخصية وأن الأكثر حيوية من بين هذه العوامل هي العلاقات الإنسانية التي يعيشها الفرد في طفولته وخاصة إذا شعر أن حاجته إلى استمرار الأمن والحماية من والديه غير مضمونة تماماً، مما يسرب إلى نفسه الشعور بالقلق الذي تراه هورني أهم من الدافع الجنسي في تقرير السلوك.

وقد اتفقت هورني مع فرويد من حيث المبدأ، عن الأهمية الأساسية للسنوات الأولى للطفولة في قولبت شخصية الكبير، ومع ذلك فقد اختلفا على تفاصيل كيفية تكون الشخصية. حيث اعتقدت هورني أن القوى الاجتماعية في الطفولة ليست القوى البايلوجية، هي التي تؤثر في نمو الشخصية، فليس هناك مراحل عالمية للنمو ولا صراعات طفولية لا يمكن تجنبها فالعلاقات الاجتماعية بين الطفل ووالديه هي بالأحرى العامل الأساس. وقد أكدت هورني على خبرات الطفولة الأولى واعتقدت أن حاجة الأمان وحاجة الرضا أكثر أهمية من الجنس.

وإن حاجة الأمان تحتل في نظرية هورني أهمية أكبر بكثير مما تمثله حاجة الرضى، فحاجة الرضى حاجة أبسط تمثل بعض حاجاتنا النفسية فالإنسان يحتاج إلى كمية معينة من الماء والطعام والنشاط الجنسي والنوم وما إلى ذلك بحيث لا يستطيع الرضيع والكبير الاستغناء عنها لفترة طويلة بدون الحد الأدنى من الإشباع لأغلب هذه المتطلبات لكنها ليست أساسية في تكوين الشخصية وأن العامل الحاسم في الشخصية هو حاجة السلامة وعنت بهذا التعبير الآمان والتحرر من الخوف سواء استشعر الرضيع ذلك أم لم يستشعر وأن ذلك سيحدد في أي مدى في المستقبل نمو شخصيته نمواً سوياً.

وترى هورني أن الطفل بحاجة إلى بيئة صحيحة تشبع حاجاته للرضا والأمان وتمكنه من تحقيق إمكاناته الشخصية وتتمثل هذه البيئة بعلاقة الطفل بوالديه. وإن أمان الطفل يعتمد على المعاملة التي يتلقاها من والديه وأن الوالدين يستطيعان أن يضعفان أو يمنعان الآمان كلياً بأن يظهرا نقصاً في الحنان والحب للطفل، وأنهم يستطيعان تقويض الآمن بطرق مختلفة وبذلك يغرسون الكراهية في الطفل ويشمل بعض سلوك الوالدين مثل تفضيل الأخ الواضح، العقوبة غير المنصفة، السلوك الشاذ، الحنث بالوعود، الاستهزاء، التحقير، عزل الطفل عن الآخرين، وأن الطفل يعرف حب الوالدين له إذا كان أصيل أو غير أصيل ولا يمكن خداعه بالتظاهر الكاذب والحب الزائف، ولأسباب عديدة تشمل الشعور بالضعف، الخوف من الوالدين، الحاجة للإفصاح عن الحب وأن هناك ثلاثة عوامل هي العجز- الخوف- الحب تجعل الطفل يكبت عداءه من أجل أن يتجنب تدمير علاقته مع والديه: فالطفل أما أن يحتاجهم أو أن يخافهم أو أن يخسر ما يقدمانه له من الحب. وان هذا الامتعاض المكبوت يظهر نفسه في الحالة التي أطلقت عليها هورني اسم القلق الأساسي (Basic Anxienty).

وأن القلق الأساسي هو المفهوم الرئيسي في نظرية هورني وتعتقد بأن القلق الأساسي ناجم عن الشعور بالعجز تجاه دنيا مشحونة بالعداء وشعور بفقدان الضمان مما يولد أنواع العصاب. وتعتبر أن خبرات الطفولة العنيفة الشديدة شرط لازم وضروري لتكون العصاب وان هذه الخبرات تشكل تربة خصبة لنمو مختلف أنواع العصاب.

وترجع القلق الأساسي إلى ثلاثة عوامل:

1- الشعور بالعجز.

2- الشعور بالعدوان.

3- الشعور بالعزلة.

وهذه العوامل تنشأ عن الأسباب الآتية:

1. انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وشعور الطفل بأنه منبوذ ومحروم من حبها وعطفها وحنانها وأنه مخلوق ضعيف ويعيش في وسط عالم عدائي.
2. تلقي الطفل أنواع المعاملة الأسرية السيئة كالسيطرة المباشرة وغير المباشرة وعدم المساواة بين الأبناء وعدم الإيفاء بالوعود وعدم احترام مشاعر الطفل.
3. احتواء البيئة التي يعيش فيها الطفل على تعقيدات وتناقضات تتمثل بالحرمان والإحباط بحيث يشعر الطفل بأنه يعيش في عالم متناقض مملوء بالفشل.

بصفة عامة، فإن كل ما يؤدي إلى اضطراب شعور الطفل بالأمن في علاقته بوالديه يؤدي إلى القلق الأساسي والطفل القلق الذي ينعدم لديه شعور الأمن ينمي مختلف الأساليب ليواجه ما يشعر به من عزلة وقلة حيلة فقد يصبح عدوانياً أو سافر الخضوع أو يكّون لنفسه صورة مثالية غير واقعية ليعوض ما يشعر به من نقص وقصور وقد تصبح أحد هذه الأساليب على قدر من الثبات في الشخصية وبعبارة أخرى قد يتخذ أسلوب محدد منها صفة الدافع أو الحاجة المميزة لديناميات الشخصية. وقد حددت هورني عشر استراتيجيات لخفض القلق لأقصى درجة أطلقت عليها الحاجات العصابية وهذه الحاجات هي:

1. **الحاجة العصابية للتعاطف والقبول:** كالشخص الذي يحيا لكي يكون محبوب، محل إعجاب الآخرين.
2. **الحاجة العصابية إلى القرين الذي يثري حياته:** مثل هذا الشخص يحتاج إلى التعاطف مع شخص ما يحميه من الأخطار ويشبع رغباته وحاجاته.
3. **الحاجة العصابية لأن يعيش الفرد داخل نطاق محدد:** مثل هذا الفرد

يكون محافظ جداً، يتجنب الهزيمة أو الفشل من خلال محاولته تحقيق القليل جداً.

4. **الحاجة العصابية للقوة:** مثل هذا الشخص يحترم القوة ويحتقر الضعف.
5. **الحاجة العصابية لاستغلال الآخرين:** مثل هذا الشخص يفزعه استغلال الآخرين له، ولكن لا يضايقه إلى أدنى حد حتى مجرد التفكير أن يستغل هو الآخرين.
6. **الحاجة العصابية للتقدير الاجتماعي:** يحيا هذا الفرد لكي يكون محل تقدير كأن يظهر أسمه في الصحف. وأن أعلى هدف له اكتساب مكانة مرموقة.
7. **الحاجة العصابية إلى الإعجاب الشخصي:** يحيا هذا الفرد حياته لكي يمدح ويثنى عليه. ويتمنى أن يراه الآخرون في صورته المثالية التي يعتقدها عن نفسه.
8. **الحاجة العصابية للطموح والإنجاز الشخصي:** مثل هذا الشخص لديه رغبة جامحة لأن يكون مشهور وغني، ومهم بصرف النظر عن النتائج.
9. **الحاجة العصابية إلى الاستقلال والاكتفاء الذاتي:** مثل هذا الفرد يبذل جهداً كبيراً ليتفادى تحمل تبعات أي فرد آخر، لا يريد الارتباط بأي شيء أو أي شخص ويتجنب التبعية مهما حدث.
10. **الحاجة العصابية للكمال وتجنب الإهانة:** مثل هذا الفرد يحاول تحقيق الكمال بسبب حساسيته الشديدة للنقد.

واعتقدت "هورني" بأن تلك الحاجات حلول غير عقلانية لمشاكل الشخص ونبهت بأن هذه الحاجات هي موجودة عند كل شخص فلا واحدة من هذه الحاجات شاذة أو عصابية في ظهورها العابر في الحياة اليومية وأن ما يجعلها

عصابية هو المواصلة القسرية الشديدة لإشباعها كالطريقة الوحيدة لحل القلق الأساسي في هذه الحالة إشباعها لن يساعد الفرد على تحقيق الطمأنينة لكنه يستفيد فقط في مساعدته للهروب من ألم القلق ويبحث الفرد للتركيز على حاجة واحدة فقط ويبحث بشكل قسري على إشباعها في أي موقف وفي كل المواقف.

إلا أن هورني لم تكن راضية عن وصفها لهذه الحاجات لأنها كانت قد عرضتها بشكل منفصل ولهذا عمدت لاحقاً إلى أن تنظر إلى بعض هذه الحاجات العشر على أنه من الممكن وضعها في مجموعات لتمثل اتجاه الشخص نحو نفسه ونحو الآخرين وفلسفته في الحياة واستنتجت أن الشخص يمتلك ثلاث بدائل أو أساليب في طبيعة علاقته مع الآخرين هي التحرك نحو الآخرين، التحرك ضد الآخرين، الابتعاد عن الآخرين.وقد أسمت هورني هذه الأساليب الثلاثة في اتجاه التحرك بالنزعات العصابية Neurotic Trends.

وترى "هورني" أن التعارض والتضارب بين هذه النزعات الثلاث هو الصراع الذي يشكل جوهر الذهان وأن الناس العصابيين والأسوياء يعانون من نفس أنواع الصراع القائم بين هذه النزعات الثلاث. غير أن الشخص السوي يمكنه أن تتكامل عنده الاتجاهات الثلاثة معاً ويستطيع آن يكون مرناً بحيث يستطيع أن يستخدم مرة هذا الاتجاه ويلجأ مرة أخرى إلى الاتجاه الآخر في ظروف أخرى وكما يقتضي الحال وهو إذ يفعل ذلك يحل صراعاته بشكل كافٍ. في حين أن الفرد العصابي يكون متصلباً يواجه جميع المواقف بأسلوب واحد ولهذا يكون الصراع لديه في أشد حالاته.

وغالباً ما يواصل الشخص العصابي بحثه عن الأمان مستعملاً أكثر من وسيلة من هذه الوسائل في محاولته مضارعة القلق الأساسي التي يمكن أن تكون أساساً لصراعات أعمق. وتلعب تلك الصراعات دوراً لا حد له في مرض العصاب مما كان يفترض على وجه العموم وعلى كل حال فالعثور على

الصراعات ليس بالأمر اليسير جزئياً لأنها غير واعية أساساً لدرجة أكثر من ذلك لأن الشخص العصابي يقوم بجهد عظيم في سبيل إنكار وجودها.

وترى هورني أن هناك ثلاث نزعات عصابية وهي:-

1. نزعة التحرك ضد الناس

تعبر هذه النزعة عن الميل نحو العدائية لدى الشخص العصابي والذي تسيطر عليه النزعات العدوانية، بحيث يعتبر كل شخص عدواني، ويرفض الاعتراف بأن الناس ليس كذلك، وتمثل الحياة لديه نضالاً من قبل الجميع ضد الجميع، وحاجته للحنو، والاستحسان وضعت لخدمة أغراضه العدوانية وحاجته القسرية تنبثق من القلق الأساسي لديه، وعنصر الخوف لديه لا يعترف به أو يكشف عنه أبداً، وإن حاجاته الأساسية تنبع من شعوره بأن العالم يمثل حلبة نزال ويكون البقاء فيها للأصلح ويسعى لمصلحته الذاتية، ولديه حاجة للسيطرة على الآخرين بوسائل متعددة فقد يستخدم القوة للإيقاع بالناس، أو عبر طريق الذكاء ويعتقد بأنه يستطيع النجاح في كل شيء عبر الاستنتاج المنطقي أو بعد النظر، لذا فهو بحاجة أن يحقق النجاح والنفوذ والتميز بأي صورة وهو بحاجة إلى استغلال الآخرين واستخدامهم لمنفعته والتغلب على ذكائهم، ولديه استعداد لاتهام الآخرين ولا يكون لديه شعوراً بالذنب، وأن الشخص الأخر هو المخطئ وأنه على حق، والاعتراف بالخطأ يعتبر ضعفاً بالنسبة له، ويرفض العطف والجودة، وأن الشهرة تبدو له حلاً لصراعاته. وأن إحساسه بالشفقة أو الالتزام أو المطاوعة يعتبر تضارباً مع بنية الحياة التي شيدها. واستجابة هذه الميول المتضاربة بصراعه الأساس وأن كبته للميول الأكثر رقة ستعزز الميول العدوانية جاعلاً إياها أشد قسراً.

2. نزعة التحرك بعيداً عن الآخرين

تعبر هذه النزعة عن حاجة العزلة لدى الشخص العصابي ومن خصائصه شعوره بالاغتراب عن الناس، وبالعزلة عن الذات وفقدان الحس بالنسبة للخبرة

العاطفية، والريبة في ماهية المرء أي فيما يحبه ويكرهه ويغشاه وما يمتعض منه ومن يأمن إليه، ولديه حاجة باطنية لإقامة حاجز عاطفي بينه وبين الآخرين، وعدم الارتباط بالآخرين بأي طريقة سواء بالحب أو الشجار أو التعاون أو التنافس وتبرز سمة القسرية للحاجة في رد فعلهم الذي يتميز بالقلق حينما يتطفل العالم عليهم، لذا فهم يبتعدون عن التجمعات العامة والمناسبات الاجتماعية والبروز والنجاح ويرغبون بالاختلاء بأنفسهم باعتبارها حاجة ملحة لديهم، ولديهم حاجة الاستقلال التام بالذات من خلال الاكتفاء الذاتي والاختلاء بالنفس، كما انهم يبتعدون عن الالتزام بالمواعيد ومراعاة التقاليد التي تكون بغيضة لديهم وكما أنهم يميلون لقمع الأحاسيس إضافة إلى إنكار وجودها.

3. نزعة التحرك نحو الناس

تعبر هذه النزعة عن النمط المطاوع والحاجة للحنو والاستحسان، والحاجة إلى الرفيق والصديق أو الزوج لتحقيق آمال الحياة، ميالاً لتجاوز تقدير تجانسه والمصالح المشتركة مع الآخرين بغض النظر عن الفوارق بينه وبينهم بسبب حاجاته القسرية، فهو بحاجة أن يود ولأن ينتمي وأن يعشق وأن يشعر بأنه مقبول، مستحسن، محتفى به وأنه سيحتاج إليه، وأنه سيكون موضع عناية الآخرين، لذا فهو يبحث عن الحنو والاستحسان مخفياً حاجته الشديدة للشعور بالآمن وأن الحاجة لإشباع هذا الحافز تكون قاهرة إلى درجة كبيرة وكل شيء يفعله يوجه لتحقيق ذلك، وأثناء هذه العملية يطور الشخص العصابي ميزات ومواقف معينة تجسد شخصيته يمكن أن توصف من قبل التودد بأنه مرهف الحس بالنسبة لحاجات الآخرين وحاجة شخص أخر وإلى العطف والمعونة والفوز بحسن ظن الآخرين إلى حد فقدان مشاعره الخاصة، مراعياً لحقوق الآخرين وإلى جانب هذه الخواص تتداخل معها مجموعة أخرى تهدف إلى تجنب النظرات الغاضبة والمنافسات والخصومات، يضع نفسه في مرتبة أدنى تاركاً أضواء الشهرة للآخرين ميالاً للتهدئة والاسترخاء، لا يحمل أي ضغينة، يتحمل اللوم تلقائياً،

يميل إلى محاسبة نفسه وإدانة نفسه، والسلوك العدواني محرماً، وأن حاجته أوقفت كلياً للآخرين، وأنه عاجز وضعيف ويعترف به للآخرين، فالجميع أكثر جاذبية والمع ذكاء وأفضل تعليماً وأكثر استحقاقاً منه، فاقد الشعور بالثقة بنفسه، وهناك صفة تميزه هو الاعتماد الشامل على الآخرين وتتمثل هذه في ميله اللاواعي نحو تقويم نفسه من خلال ما يضنه الآخرون فيعلو ويهبط اعتباراً لذاته تبعاً لاستحسانهم أو لأستهجانهم ولحنوهم أو لأنتفائه. ويعتبر أي رفض أو انتقاد أو هجر يمثل خطراً مرعباً ويبذل أقصى جهده لاستعادة احترام الشخص الذي هدده بهذا الشكل، وأن هذا هو الشيء الوحيد الذي يفعله على أساس افتراضاته الباطنية.

أساليب المعاملة الوالدية وتأثيرها على شخصية الأبناء

تعد الأسرة المؤسسة الاجتماعية التي نجدها في كل المجتمعات البشرية وهي تتأثر بالتطورات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي يعيشها المجتمع. ومن أهم الجماعات وأعظمها تأثيراً في حياة الأفراد والجماعات فهي تقوم بالدور الرئيسي في بناء المجتمع وتدعيم وحداته وتنظيم سلوك أفراده بما يتناسب مع الأدوار الاجتماعية المحددة وفقاً للتشكل الحضاري العام.

لذا فهي تقوم بالعديد من الأدوار الهامة والضرورية في حياة أفرادها فهي المسؤولة عن وجودهم وهي القائمة على تربيتهم بدنياً ونفسياً واجتماعياً وأخلاقياً ودينياً واقتصادياً وتكاد الأسرة هي المؤسسة الوحيدة التي تقوم بدورها طواعية واختيارياً. وللوالدين عادة أساليب خاصة من السلوك اتجاه أولادهما في المناسبات المختلفة سواء داخل المنزل أو خارجه وهي الأساليب التي نجملها في كلمة المعاملة الوالدية.

وإن إدراك الطفل لهذه المعاملة فهو إحساس الطفل بسلوك والديه معه وتفسيره لاتجاهاتهما في مواقف التنشئة الاجتماعية وهي عملية معقدة تتضمن تفاعل الطفل مع الموقف وتفسيره لاتجاه والديه نحوه بحسب خبراته السابقة معهما

واتجاهاته نحوهما وحكمه عليهما وفهمه لعلاقته بهما. فإذا كانت المعاملة السائدة هي النبذ مثلاً فقد يفسر الطفل ذلك على أنه غير مقبول من أفراد أسرته وبالتالي فسوف يرجح هذا الاعتقاد في فكرته عن نفسه، أما إذا كانت المحبة هي الجو السائد فإنها توحي للطفل بأنه متقبل وسوف يرجح هذا الاعتقاد في فكرته عن نفسه وان الاتجاهات التي تتكون في الفترة المبكرة من حياة الطفل لها من الأهمية الكبيرة لأنها متى ما تكونت وتأصلت سيكون من الصعب تغييرها.

ويرى (سوليفان) أن شخصية الفرد تتكون من خلال تفاعل الفرد مع الآخرين في مجتمعه في حين ترى دافيدوف أن شخصية الفرد تنمو وتتصقل من خلال التنشئة الأسرية فيتولد شعوره الإيجابي نحو ذاته وأن الفرد يتعلم الخبرات والمهارات والمعايير الضرورية التي تمكنه من أن يصبح عضواً مؤثراً في المجتمع عن طريق الأساليب المختلفة في التنشئة الاجتماعية وأن أثر الوالدين في نمو شخصيات أبنائهم يتمثل في آثار أساليب تعاملهم في شعور الأبناء بالأمن أو عدمه وفي توافقهم النفسي والاجتماعي وأن إدراك الأبناء لهذه الأساليب ليس مجرد إحساس بسلوك الوالدين كما يحدث فعلاً ولكنها عملية معقدة تتضمن تفاعل الفرد مع الموقف وتفسيره لاتجاه والديه نحوه بحسب خبراته السابقة وفهمه للعلاقة بينهما.

ولأهمية تلك الأساليب في المعاملة الوالدية التي يتبعها الآباء والأمهات في تنشئة أبنائهم والتي لها الأثر الأكبر في تكوين شخصية أبنائهم أجريت دراسات متعددة لتحديدها حيث أشارت دراسة "شايفر" Shaefer 1959 إلى أن أساليب المعاملة الوالدية تتحدد ببعدين رئيسين هما: الاستقلال – السيطرة الحب- العداء وتوصلت دراسة "بوميرند" Baumrind 1967 إلى ثلاثة أساليب للمعاملة الوالدية وهي التسلطي، الحازم، التسامح. وتوصلت نتائج دراسة "تركي" 1974 إلى ست أساليب للمعاملة الوالدية وهي: التقبل، النبذ، الاستقلال، التحكم السيكولوجي، مطالب الإنجاز.

وفي الثمانينات ميزت دراسة "سعيد" (1981) ست أساليب للمعاملة الوالدية وهي: التشجيع، النصح والإرشاد، التسامح والتساهل، الحرمان والنبذ، العقاب البدني، والتذبذب في المعاملة وتوصلت دراسة محمود وعيسى (1987) إلى خمسة أساليب للمعاملة الوالدية هي: الديمقراطي، التسلطي، الحماية الزائدة، الإهمال، التذبذب وفي التسعينات أظهرت دراسة الكيكي (1991) أن هناك أربع أساليب للمعاملة الوالدية هي الحزم، التسلط، التسامح، الإهمال.

وتوصلت دراسة ديوان 1996 إلى خمسة أساليب للمعاملة الوالدية هي: الديمقراطية، التسلطي، المتذبذب، الإهمال، الحماية الزائدة وتوصلت دراسة العتابي (2001) إلى خمسة أساليب للمعاملة الوالدية هي الحزم، التسلط، التسامح، الإهمال، التذبذب ويشير كل من مسن وكونجروكاجان إلى أن نمط شخصية الطفل تتحدد بنوع العلاقة بين الطفل ووالديه في ضوء بعدين أساسين من أساليب المعاملة الوالدية وهما (الدفء- العداء) (الصرامة- التسامح). وفيما يأتي توضيح لهذين البعدين وتأثيرهما على شخصية الأبناء:

(الدفء – العداء) Warmth - Hostility

إن سلوك الوالدين اللذان يتصفان بالدفء في أسلوب معاملتهما لأبنائهما يتسم بالقبول والاستحسان والرعاية والاهتمام بالطفل واستخدام التفسيرات عند التهذيب والاستخدام القليل للعقاب البدني واستخدام المدح والثناء عند التهذيب ويشير سارفينو (Sarfino1980) أن تربية الأطفال في ظل جو يتسم بالدفء والتسامح، والتقبل وتشجيع الاستقلال، وخلق بيئة ديمقراطية يعامل فيها كفرد وله قيمة لذاته فإن الأطفال إذا ما تربوا في مثل هذا الجو تتاح لهم حرية الاكتشاف والاستكشاف لاختيار مهاراتهم في مهمات واسعة ومتنوعة لذلك فهم مع الآخرين يكونون أكثر فاعلية ونشاطاً انبساطيين، مستقلين ميالين إلى الحزم في تعاملهم مع الآخرين.

وإذا ما ارتكبوا خطأً تعرضوا إلى العقوبة فإن ذلك يتناسب مع حجم تصرفهم ويكون مقتنعاً بما حدث حيث أن خلق أجواء ديمقراطية في التفاعل بين الآباء وأبنائهم للتعبير عن الذات والمشاركة بمناقشة الأمور التي تتعلق بحياتهم بطريقة صريحة بعد أخذ رأي الوالدين وهذا يوفر لهم بيئة نفسية متسمة بالهدوء والأمن والاستقرار وتشير دراسة رادكه Radka1965 أن الأطفال الذين ينتمون إلى هذه الأسر كانوا أقل ميلاً للمشاجرة والمشاحنات مع أقرانهم وأكثر مراعاة لمشاعر الآخرين وأكثر نجاحاً في علاقاتهم الاجتماعية وهم حسب ما تراه هارلوك Hurlock1983 ذو شخصيات جيدة ولديهم تكيف اجتماعي سليم مع الآخرين ويعطون أهمية إلى حقوق الآخرين بينما يظهر سلوك الوالدان اللذان يتصفان بالعداء العكس من ذلك بحيث يسود هذا الأسلوب التحكم الزائد والسيطرة ونقص العاطفة والحب والدفء ويتسم بالطاعة العمياء والثورية والتأكيد بصورة مستمرة على السلطة مع الابتعاد عن جو التفاهم بين الأبناء والوالدين وأن العقاب والقسوة قد يكون له أثر معوق لانجذاب الأبناء نحو آبائهم ومن ثم سوف يتولد لديهم شعور بكره السلطة الوالدية وتجنبها بسبب ما يتوقعونه منها من إهانة والآلام.

ويتضح من دراسة مسن وآخرون 1963 أن الأطفال الذين لم يحصلوا على عطف أبوي كاف كانوا أقل أمناً نفسياً وأقل ثقة وأقل توافقاً في علاقاتهم الاجتماعية وأقل اندماجاً مع الآخرين ويميلون إلى الامتعاض من أولئك الذين هم في السلطة لهم علاقات عدوانية مع والديهم وأنهم سلبيون يائسون ويعانون من سوء التكيف الاجتماعي مع الآخرين.

(**الصرامة – التسامح**) Restrictive - Permissive

يتضمن هذا البعد من سلوك الوالدين استخدام قدر كبير من التشدد والضبط والسيطرة، فهم يتبنون الفلسفة القائمة على اتباع الصرامة والقسوة في التنشئة والمتضمنة فرض الأوامر الرتيبة والخضوع المطلق دون مناقشة والتي تحد

من حرية الطفل والآباء الميالون إلى شدة التقييد يهتمون كثيراً بالتزام النظافة والترتيب والمحافظة على أثاث المنزل وصرامة تنفيذ المطالب على الأبناء والتشدد على الطاعة العمياء والتأكيد على احترام السلطة مع قليل من التفاهم بين الطفل ووالديه وإظهار الوالدين للغضب وعدم الرضا وعدم الأخذ برغبات الطفل ورأيه وتأكيد الوالدين على قيمة الحصول على طاعة فورية طويلة المدى من أطفالهم من خلال العقوبة الجسدية ونقد الطفل وتخويفه دون ضرورة وغالباً ما يكون هؤلاء الآباء قد تعرضوا لأسلوب التحكم الزائد من خلال طفولتهم مما جعلهم يعكسون هذا الأسلوب في تربية أطفالهم.

إن أبناء هذا الأسلوب نجدهم من الأطفال العصابيين نظراً لسلوك الوالدين المتبع معهم بحيث، لا يسمح للطفل بكثير من الحرية ويعاقب على المخالفات التافهة ولا يسمح له بالتعبير عن هذه العداوة من خلال السلوك لذا فإن الطفل يستدخل هذه العداوة في نفسه أو تتحول باتجاه الذات وتسبب بعضها في إحداث الاضطراب والصراع الداخلي وقد يؤدي ذلك إلى عقاب الذات والميول الانتحارية والاستهداف للحوادث فضلاً عن ذلك يكون الطفل خجولاً قليل الثقة لا يستطيع أن يؤدي دور الكبار الراشدين أو قليل الرغبة والدافع إلى ذلك أما الوالدان اللذان يتصفان بالتسامح فيظهران على العكس من هذه الصفات فهم يسمحون للطفل بدرجة كبيرة من الحرية، ويسايروا حاجاته ورغباته ويتسامحون معه ولا يستطيعون رفض طلباته ولا يزودونه بالتدريب السليم ليعتمد على نفسه بدرجة كبيرة وعدم محاسبة الأبناء عند قيامهم بأعمال غير مألوفة أو مقبولة وترك الطفل على حريته من دون توجيه أو إرشاد حتى وإن كان الخطأ بحق الوالدين نفسيهما وإن بعض الأسر عندها قوانين وضبط سلوكات أطفالها فتسرف في التسامح معهم إزاء سلوكاتهم الخاطئة لذلك ينشأ الأطفال لا يقيمون وزناً للنجاح معهم وغالباً ما يكونوا غير مهتمين ولا يشعرون ولا يقدرون المسؤولية ويكونوا اتكاليين وأنهم يعجزون من أداء واجباتهم المدرسية إلا بمساعدة آبائهم لهم.

وفيما يتعلق بتأثير أي من الوالدين على شخصية الطفل فقد أشارت عقراوي (1992) أن العالم الاجتماعي للطفل هو أكثر تعقيد وأوسع مما يعتقد وأن الطفل يتأثر ويؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر بكلا الوالدين وإنه ليس متسلماً أو مستقبلاً فقط وبإمكانه أن يكّون ارتباطاً مع أكثر من شخص واحد.

ويشير "أوزبل" Ausbul 1954 أن قياس سلوك الوالدين كما يدركه الأبناء هو أكثر ارتباطاً بنمو وارتقاء شخصياتهم وأكثر صدقاً من قياس سلوك الوالدين في معاملة أبنائهم ويتضح مما سبق هناك أساليب مختلفة يتبعها الأباء في التعامل مع أبنائهم والتي تترك آثاراً مختلفة في شخصياتهم وتفاوت في نمط شخصياتهم وتشكيل سلوكهم مستقبلاً.

القلق من منظور الصحة النفسية

ظاهرة القلق من الظواهر الإنسانية التي اهتم بدراستها الباحثون في علوم وتخصصات عدة منها علم النفس، والطب النفسي، والفلسفة، والموسيقى، والفن، والدين، كعامل متعدد الفاعلية في حياة الإنسان النفسية، والجسدية، والفكرية، ومحور لأنشطة متعددة ترتبط بالصحة، والمرض، والإبداع، ويبرز القلق في هذا القرن موضوعا مسيطرا على حياة الإنسان الحديث في مختلف مناحيها، فهو انفعال أساسي يرادف الخوف أو يرتبط به تبعا لوجهات النظر السيكولوجية، وقد يظهر متغيراً أساسياً متأثراً بالموقف الذي يتعرض له الفرد، ولفعاليته مستويان (عال أو اطئ) يتوازيان مع مستويين من المقاومة والأداء (منخفض، ومرتفع)، فيسير هذا التوازي بمسار علاقة عكسية قلق عال تقابله مقاومة وأداء منخفض والعكس، كما أنه حادث دال على الفعل ولذلك رأى ماركس"Marcos" أن عمق انفعال القلق يتضح من قائمة الكلمات التي أوردها التي عددها ثمانية وثلاثون مصطلحاً في اللغة الإنجليزية.

وحصر الباحثان من المعاجم العربية والقواميس أربعة وثمانين اصطلاحا واضحا، وخمسة وثلاثين معنى مجازياً وتورية يقصد بها القلق وذلك لأن العرب تستقبح الخوف، وتعده جبناً وبرأي ابن حزم أن القلق حالة أساسية من حالات الوجود الإنساني وأن غاية الأفعال الإنسانية هي الهروب منه ويفسر الاصطلاح "بيك" من معجم ويستر الخوف إدراك مريع لشئ يحتمل أن يضَر أو يؤذي. ومن معجم كلية ستاندارد Standard College Dictionary بأنه حالة انفعالية وكثيرا ما يستخدم الباحثون كلمة قلق ليمثل متصلاً Continuum يمتد من التوتر الخفيف عند أحد طرفيه حتى الرعب عند الطرف الآخر.

ويؤيد ماركس 1998 أن أصل كلمة قلق يعني الضغط بشدة أو يخنق والاستخدام لكلمة قلق يشمل مترادفات وكلمات متعددة تشير إلى درجات متفاوتة في غاية الدقة من التدرج لمجموعة انفعالات مماثلة للقلق وهذا الثراء اللغوي يؤكد أن مجال الخبرة عام ومهم. وتتضح حقيقة القلق، فضلاً عما سبق بأنه انفعال أساسي على متصل متدرج أقل درجاته القلق المألوف (العادي)، وهو خبرة متعلمة تتضمن توقعا للشر أو الأذى، وفيما يأتي عرض لمفهوم القلق على وفق متمايزات مختلفة:

فقد ميَز "كاتل وشاير" نوعين من مفاهيم القلق أطلقا عليها قلق الحالةState Anxiety وقلق السمة Trait Anxiety، وقد عدَ "سيلبرجر" Spielberger، هذا تمييز قلق الحالة وبين قلق السمة على أنه الأعراض التي تشير إلى تجمع فئوي عام يحدد المكونات التي تآلفت، فأفصحت عن حالة مميزة بصفاتها، وخصائصها، وإشاراتها، وأصبح بين هذه الإشارات تلازم يعد أساساً لتصنيف القلق كانفعال طبيعي عادي أو مألوف، وانفعال غير سوَي، ويسمى متلازمة مرضية، وبناء على وزن النوع والكم والمدة، فتحتفظ بعناصرها الأساسية في عدد الأعراض ولا تكون اضطرابا إلا على وفق التراكم النوعي/الكمي وتكون حالة أو سمة من حيث الشدة والاستمرار، فالحالة مؤقتة ومتغيرة أما إذا أصبحت ثابتة الشدة والاستمرار فهي سمة، ومن هذا المنطلق ظهر في علم النفس والطب النفسي تمييزاً لقلق الحالة من لقلق.

وميّز "بيك" الخوف من القلق إذ إن الخوف مفهوم وهو صنف من الفكر Ideation أما القلق فهو انفعال Emotion وبهذا تمييز حالتي الخوف اللتان تمثلان ميلا إلى أن يدرك الفرد مجموعة معينة من الأحوال بصفتها تهديدا يستجيب إليها إن تعرض لها فهي استجابة القلق. ويستخدم تعبير "الخوف الكامن" Intent Fear بمعنى مماثل للهشاشة والقابلية للانكسار والتصدع تحت الإجهاد Stress الطفيف. ولا يختلف القلق الناجم من توقع معاناة جسدية (حقنة) اختلافا كيفيا عن ذلك الناجم عن توقع صدمة نفسية، أو إذلالاً اجتماعياً، لأن هذا التمييز السيمانتي (الدلالي) الذي يفترض الخوف يشكل أرضية للقلق يستند إلى أن الخوف يتصف بالمعقولية، والمنطقية، أما القلق فهو انفعال لا يمكن وصفه بالمعقولية، إنما يقاس كميا في حين أن هناك تميزاً وصفياً لقلق من الخوف يستند الى وصف الأعراض والجدول الآتي يبين ذلك:

الجدول يبين أعراض كل من القلق والخوف

الانموذج	الخوف	القلق	
طب نفسي	معروف	مجهول	السبب أو الموضوع
	خارجي	داخلي	التهديد
	محدد	غامض	التعريف
	غير موجود	موجود	الصراع
	حاد	مزمن	المدة
سلوكي معرفي	احتمال الأذى واقعي	توقع الخوف الكامن	السبب أو الموضوع
	خارجي أو داخلي	داخلي، يبدو غير كاف	التهديد
	محددة، وكاف	شعوري، غامض	التعريف
	محسوم	غير ملائم	الصراع
	مؤقتة، حادة	مزمن	المدة
	أولي تنازلي	لولبي تصاعدي	الحركة
	ينتهي بزوال المنشط	يستمر بعد زوال المنشط	التوجه المستقبلي

وقد ميز "فرويد" بين نوعين من القلق النوع الأول أطلق عليه القلق الواقعي Real Anxiety أو القلق الحقيقي True Anxiety أو القلق العادي Normal Anxiety وهذا النوع أقرب إلى الخوف لأن مصدره يكون واضح المعالم وهو رد فعل لخطر خارجي، هو القلق الموضوعي Objective Anxiety وهو إنذار الأنا، أما الثاني فهو القلق العصابي Neurotic Anxiety ويتوزع هذا النوع إلى قلق الهو Id Anxiety وقلق الخصاء Castration Anxiety والقلق الطليق – Free Floating Anxiety ويسمى الهائم والقلق الهستيري والمخاوف المرضية.

ويلاحظ اختلاف وجهات نظر علماء النفس ونظرياتهم عن القلق إلى حد كبير، نظرا لانه مفهوم شديد التركيب وتكوينه النظري متشابك مع غيره من التكوينات، ولذلك فان مفهومه يشكل أرضية خصبة للنقاش، فقد فسّر "أتورانك" القلق على أساس الصدمة الأولى التي تثيره وجعله مرتبطا بكل تغيير في حياة الفرد كالفطام، والانفصال عن الأم أو الزواج، فهو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفصاليات المختلفة ،قلق الحياة وقلق الموت. أما "هورني" فتعرفه بأنه الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلة حيلته في عالم يحفل بالتوتر والعدوان وتطلق عليه القلق الأساسي Basic Anxiety.

أما "أيزنك" فعد القلق الشديد، السمة الرئيسة لمعظم اضطرابات العصاب المعروفة وغالبا ما يكون مصحوبا باكتئاب وهو انفعال باعث على التمزق الشديد، وأنه إذا تزايد يمكن أن يصبح مؤلماً، وغير محتمل.

وفهمه "زهران 1997": بأنه حالة من التوتر الشامل المستمر تحدث للفرد نتيجة توقعه لخطر يهدده سواء كان خطراً حقيقياً أم خطراً رمزياً مصحوباً بخوف غامض زيادة الى أعراض نفسية وجسمية. ولذلك نستنتج أن القلق نوع واحد يتوزع على متصل يمتد من القلق العادي (الشائع المألوف) إلى القلق الشديد الحاد المزمن وبينهما تدرجات عديدة لأنه من الصعب تحديد القلق العادي بمعايير واضحة وليس هناك معايير تشخص القلق العادي، والمعيار الوحيد هو المعاناة

وشدتها والمدة التي تستغرقها، وقبل استخلاص مفهوم للقلق رغم أنه أصبح هناك شبه اقتناع أن درجة من القلق هي صحية وإيجابية تدفع الإنسان نحو العمل على صيانة النطاق الشخصي من الأذى أو الأخطار أو تدفعه للنجاح والتفوق وهذه الدرجة من القلق تمثل قوة داخلية محركة تعتمل في نفسه وتدفعه للعمل (دافع) ويمكن أيضا وصفها بأنها عوامل حاثة أو ضاغطة تنشط وتتحرك لتولد شعوراً داخلياً يتضمن الرغبة في اتخاذ نشاط معين أو تجنب وضع معين فتكون (حافزاً)، وفي هذا المستوى مفهوم واضح يبدو ردَ فعل أو إنذار بخطر ما قد يكون الخطر وهماً في خيال الفرد يدركه مثل رؤية حبل في الظلام تخيله ثعبانا فحدث الإنذار وانتهى عندما تبين له أنه حبل وبهذا الوصف.

(يكون م ~ ~ > س ←---→ معرفة/ كافة)

حدثت إثارة أدت إلى رد فعل استجابة افتراضات إثارة تمحيص الفروض ثم كونت معرفة ثم وضع عدة قرارات أدت إلى الكف وبذلك الخوف نشاط مركب من (فعل، وإدراك، وتفاعل) أما الازدياد في شدة القلق واستمراره بلا سبب واضح، ولا معقول للفرد المعاني والآخرين فهذه الحالة أطلق عليها بيك عملية إنذارات كاذبة مستمرة لمثير غير معين ادت الى ردود أفعال غير ملائمة ومدركات غير معقولة أو غير كاملة، هذه الحالة انفعال عام تنشأ عن محتوى فكري يولد قلقاً، تغذية مرتدة Feedback لمشعرات القلق Cues Of Anxiety، ومن ثم تنشأ الحلقة الخبيثة للقلق، ويطلق بيك على هذه العملية التصاعد اللولبي ويتضح إن القلق تضمن مفهوماً إدراكياً وانفعالياً، وهنا يحتاج الأمر إلى الفعل ورد الفعل والتفاعل وحدات يمكن التجزيء معها، فان الإدراك والانفعال شيئان مختلفان الخوف حالة يحركها الخطر، وانفعالها التأثر، والتغيرات الطارئة ،واستجابتها الهرب ومحور هذا التصور ينبع من أن الاضطراب النفسي عند حدوثه يشمل أربعة عناصر هي السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية) والتفاعل الاجتماعي (العلاقات الاجتماعية) والانفعال ويستدل عليه بالتغيرات

الفيزيولوجية، والتفكير (طرق التفكير والقيم) ويتناسق هذا التصور ليتضح من خلال "أنموذج ليفنثال" Leventhal,1969 أو ما أسماه الاستجابة المتوازية Parallel Response Paradigm الذي يحدد تعاقب الأحداث من الخطر إلى الفعل على النحو الآتي :

خطر خارجي - - تقدير الخطر - - سلوك متناسب للتغلب على الخطر

وهو يصاحب السلوك التكيفي ولا يسبقه وحين يتأتى للقلق أن يزاحم السلوك التكيفي ويتعدى عليه فمن الأرجح أن يؤدي إلى تأثير ضار أو معطل. وما يدعم هذا القول بأن الاضطرابات أو الانحرافات السلوكية تتكون من عدة عناصر قد يمكن أن يؤدي الاشتراط دورا في أحد العناصر لكن ليس كل العناصر بمعنى أن بعضها يستند الى العادة، وبعضها ينتظر حدوث ظروف معينة اذ يصبح البرهان دائريا لان السلوك يكتسب من خلال عمليات الاشتراط إذا كانت الاستجابة مفضلة وقد تنبه لهذه النقطة كل من "برجر"Berger" و"ماك جو" Mc Gaugh 1965 و"ولبي" الذي استخدم مصطلح القلق الشامل Pervasive Anxiety وهذا في مضمونه الشمول لعدد من الجوانب ،والتفاعل بينها وانفعال كل جانب على حدة، والاشتراط يفسر سلوك بدائي وتنتقد عملية الاشتراط لأنها فكرة غير كافية لتشمل السلوك الإنساني المعقد المركب الذي يكون في الظروف العادية متلائما لتوافق جميع الجوانب، وعناصرها، والقلق يمثل الانفعال الذي أوصل هذا السلوك إلى اختلال تلاؤمه سواء جميع الجوانب، أو أحدها، أو بعضها، وبعض هذه الجوانب غير ظاهر، إنما يستدل على وجوده بالشعور بمشاعر وجدانية أي ذات صبغة انفعالية Emotion Feeling، أما الانفعال القوي الذي يصاحبه اضطراباً في السلوك، فهو انفعال حاد يشمل الفرد كله، ويؤثر في سلوكه، وخبرته الشعورية، ووظائفه الفيزيولوجية، والانفعال يدل على مجمل الوعي الذي يتحقق على شكل اضطراب نفسي فيزيولوجي له

دلالته، والانفعال ليس منفصلاً عن الحوادث الفيزيولوجية والحوادث النفسية والقلق متعدد العناصر والمظاهر كما تبدو من الجدول الاتي:

يبين الجدول عناصر، ومظاهر القلق العامة

المظاهر العامة للقلق	العناصر
زيادة معدل ضربات القلب، صعوبة التنفس، الارتجاف، شد عضلات الرقبة والجسم، صداع، تكرار التبول، الإسهال، الغثيان، اضطراب النوم، العطاس، الإعياء، التعرض المستتر للحوادث، سهولة التعرض لأمراض ثانوية، هبوط الحالة النفسية، التعرق، برودة اليدين	الفيزيولوجي Physiology
الغضب، الكآبة، الغيرة، عدم الراحة، فقدان المساعدة والانسحاب، ضعف المبادرة، حدة الطبع، الميل إلي البكاء، الميل إلي لوم الآخرين، فقدان الاهتمام	الانفعالية Emotional
التحامق، قلة الإبداع، أخطاء حسابية ولغوية، أخطاء في إصدار الأحكام، ضعف الخيال، فقدان التركيز، ضعف الانتباه، ضعف الإدراك للمؤثرات الخارجية، تشوش الأفكار، قلة الاهتمام بالأشياء، ضعف الإنتاج، التهويل	المعرفية (الادراكية) Cognitive

وبهذا فقد تبلور الفهم القائم على الاسس الاتية:

- أساس وصفي للقلق: بأنه شعور بحالة غير سارة تتضمن: توترا أو تغيرات انفعالية طارئة تتفاوت من حيث شدتها ومدتها.
- أساس ارتباطي: بأنه انفعال تولد عن صراع أحدث اختلالاً في الاتزان وعدم الاتساق.
- أساس استجابي: بأنه ردود فعل غير مناسبة لمدركات مشوهة وتفسيرات غير منطقية تشير إلى توقع أو احتمال الخطر المهدد لذات الفرد أو المقربين.

- أساس طبي: بأنه شعور غير سار وربما يكون مؤلماً أحياناً مصحوباً بأعراض جسمية ونفسية ومعرفية ترتبط مع الجهاز العصبي اللاإرادي نتيجة لعوامل بيوكيميائية ويمكن أن يوصف بأنه انفعال استثار، ثم ثبط الوظائف الجسدية النفسية والمعرفية والاجتماعية.
- فان هذه الصور تعطي مفهوماً شاملاً وعاماً للقلق بأنواعه المختلفة ومستوياته وهذه المفاهيم في منظور الفروق الفردية تتضمن التدرج في درجة القلق،ولذلك يوجد قلق (خفيف، وشديد) و(حاد، ومزمن) وهذا الوصف يمثل قاعدة للقياس، ويصبح القلق يمثل متصلاً Continuum يمتد من التوتر الخفيف عند أحد طرفيه حتى القلق الشديد عند الطرف الآخر، كما في المخطط الاتي:

مخطط متصل شدة اضطرابات القلق

شديد		متوسط		خفيف		كلا
6	5	4	3	2	1	صفر
مستمر	متقطع	مستمر	متقطع	مستمر	متقطع	مطاقا
اضطرابات القلق خفيفة		غير عادي		حاد مزمن		شائع

حقيقة اضطرابات القلق:

وصف القلق بمفهوم حالة القلق State Anxiety المرادف لعصاب القلق Neurotic Anxiety الذي استبدل "استجابة القلق" Anxiety Response والقلق الشامل Pervasive Anxiety يستخدم الآن مصطلح اضطرابات القلق Anxiety Disorders وقد صنفتها منظمة الصحة العالمية (WHO 1993) ضمن فئة الاضطرابات العصابية المرتبطة بالشدة والجسدية الشكل. أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA 1994) فتصنف <u>اضطرابات القلق</u> في دليل

التصنيف الرابع (DSM I V) ككيان مرضي مستقل لكنهما يتفقان على أنها تضم الآتي:

- اضطراب الفزع Panic Disorder
- الفزع بلا وجود رهاب الساح Without Agoraphobia
- الفزع بوجود رهاب الساح With Agoraphobia
- الرهاب النوعي (الرهاب البسيط) Specific Phobia (Simple Phobia
- رهاب القلق الاجتماعي Social Phobia Social Anxiety -Disorder
- اضطراب الوسواس القسري Obsessive-Compulsive Disorder
- اضطراب الضغوط بعد الصدمات النفسية Posttraumatic Stress Disorder
- القلق العام Generalized Anxiety Disorder
- اضطراب القلق بسبب حالة طبية عامة Due to a general medical anxious.disorder condition
- اضطراب القلق بسبب تعاطي المخدرات Acute Stress Disorder
- حالات القلق الذي لم يرد في حالات اخرى Anxious.Disorder Nos
- اضطراب القلق واكتئاب المختلط اضطراب قلق مختلط اخرى

اضطرابات القلق العام Generalized Anxiety Disorders:

يعد القلق العام شكلا من أشكال اضطرابات القلق ويتميز بوجود الاستعداد له عند الفرد، والشدة وعدم الواقعية، وقد يؤدي الى تشاؤم الفرد ومما يعزز وجوده تأثيره على حدوث تغيير في الأحداث الحياتية وظهور ظروف جديدة القلق العام طليق غير محدد بموضوع ويتميز بالتوجس وتوقع الشر، والخوف من خطر وشيك، ومبالغ فيه والانشغال بالمستقبل والهموم والتفكير السيء في

المستقبل كأن يتوقع المريض آن شيئاً أو ضرراً سيحدث، وهو شامل يتخلل جوانب الشخصية مصحوبا بأعراض نفسية وجسدية.

واضطراب القلق العام هو معاناة الفرد من حالات القلق الوجداني نتيجة خطر خارجي غير معروف وفهمه "أبو حجلة"، 1998 بأنه حالة قلق مستمرة تأخذ سيراً مزمناً أي أكثر من ستة أشهر وفي كثير من الأحيان لا يكون لها سببا خارجيا واضح للمريض أو للآخرين وكأنه ناجم عن سبب داخلي غير معروف.

في حين فهمه "كابلن وصادوك" Kaplan And Sadock : 1998، أنه "قلق فائق حول عدة أحداث أو فعاليات تستمر من أيام الى ستة أشهر ومن الصعب السيطرة على هذا القلق ويكون مرتبطا بأعراض جسدية ونفسية".

وعده "زهران" بأنه حالة توتر شامل مستمر لا يرتبط بأي موضوع محدد بل يكون غامضا وعاما وعائما Free –Floating مصحوبا أعراض نفسية وجسمية، في حين يجد مارتي أنه حالة من الإرهاق النفسي الشديد الوطأة لانه يصعب وصفه، ويعكس هشاشة وعدم كفاية وسوء تعقيل".

أعراض اضطرابات القلق العام

ويظهر اضطراب القلق العام بصورة إكلينيكية: أعراض التوتر العضلي وأعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل وأعراض الخوف والحذر وأعراض اكتئابية والجدول التالي يشير الى مظاهر اضطرابات القلق واعراضها.

جدول يظهر مظاهر اضطرابات القلق العام وأعراضها

المظاهر	الأعراض المرضية
للاإرادية الحدوث (التوتر العضلي)	خفقان في القلب، التعرق، الارتجاف والاهتزاز، جفاف الفم (الذي لا يعود لأسباب مرضية)، التوتر العضلي والتشنج، شد في العضلة أو آلم وواخزات، الشعور بالإرهاق، الإحساس بالتعب بسهولة.
زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (الخاصة بالصدر)	صعوبة في التنفس، شعور بالاختناق، آلم في الصدر، أو شعور بعدم الراحة، والتقيؤ، أو آلم في منطقة البطن (آلم في المعدة)، شعور بالألم في الحنجرة، أو صعوبة بالبلع.
الخوف والحذر (وتشمل حالة الإدراك والعقل)	الشعور بالغثيان، والإغماء، أو حالة خفة في الدماغ، الشعور بعدم حقيقية الأشياء (عدم الإدراك)، وأن يشعر الشخص نفسه ليس في مكانه الحقيقي، والخوف من فقدان السيطرة (الإصابة بالجنون)، أو الموت، وعدم الشعور بالراحة، وعدم القدرة على الاسترخاء، والشعور بالتقيد وبالشد عقلياً: صعوبة التركيز أو أن العقل اصبح فارغ المحتوى، والشعور بحالة انسداد في العقل، وعدم السيطرة على التركيز بسبب القلق والخوف، تهيج ثابت وسريع لا يمكن السيطرة عليه، استجابة مبالغ فيها للمفاجئات الثانوية، أو حالة الجفول.
المصاحبة (أعراض اكتئابية خفيفة، وأخرى غير محددة)	صعوبة النوم بسبب القلق، اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم، أو الاستغراق فيه، أو نوم غير مستقر، وغير مشبع)، عدم الاستقرار، أو الشعور بأنه على وشك السقوط، أو على حافة الخطر السخط، أو سرعة الغضب (سهولة الاستثارة).

التشخيص الفارق اضطرابات القلق (الفارقي):

يشخص اضطراب القلق العام في غياب اضطرابات الشخصية الإنفعالية وغياب أعراض اضطراب وجداني Mood Disorder، بوجود قلق شديد وانقباض حول اثنين أو أكثر من ظروف الحياة لمدة ستة أشهر أو أكثر وكانت أعراض

القلق واضحة في غالب الأيام- ويتضمن التشخيص الفارق لاضطراب القلق العام كل الاضطرابات الطبية المسببة للقلق شريطة ألاّ يتعلق بـ:

1. بعض الأمراض الجسدية مثل حالات الارتجاع، واضطراب الغدة الدرقية، أو التسمم الدرقي، أو أورام الغدة فوق الكظرية، والصرع، وبعض الأمراض المعدية كمرض البروسيلا، والاضطرابات العصبية كالتصلب المنتشر، والسرطان، ولابد من الفحص الطبي لاستبعاد أي سبب عضوي.
2. الحالات السريرية التي قد تظهر بصورة مشابهة لأعراض القلق مثل التسمم الحاد Acute Intoxication، أو الامتناع عن تعاطي المسكرات، أو المنومات، أو المنبهات أو التسمم بالكافئين.
3. ليس الاضطراب عرضا من أعراض اضطراب وجداني أو اضطراب ذهان الهوس الاكتئابي في صورته الحادة، أو مرض الفصام وحالات الهذيان وأمراض الدماغ العضوية فالقلق عرض شائع معظم الاضطرابات النفسية والعقلية ولا يوجد نقياً إلا نادراً فقد يصاحب القلق الاكتئاب.
4. لا يكون عرضا لاضطراب سيكوماتي نفس جسمية أو عصبية أو يكون عرضا لمرض نفسي آخر كالهستريا وتوهم المرض.
5. أن لا يكون العرض ناتجاً عن الإصابة بأحد اضطرابات القلق مثل الوسواس القهري أو الهلع أو الرهاب واضطراب الضغوط ما بعد الصدمة أو الرهاب الاجتماعي أو ناتجا عن الخوف من الوزن الزائد كما في اضطرابات الأكل: "القهم العصبي" (النهم والشراهة).

1. المخططات المعرفية للقلق تشخيصه وعلاجه:

يعد الطبع البشري خلاصة مركبات تنتمي إلى مصادر وراثية، ونفسية واعية، ولا واعية في آن واحد، وذات نزعات طبيعية أو مرضية والقلق إن يكن

سمة أو حالة فهو جزء من النزعات الطبيعية والمرضية بحيث يرتبط بجميع ما يصدر عن الإنسان، وبرأي كاتل القلق هو القلب من كل عصاب وبرأي الأطباء هو وراء كل اضطراب نفسي أو جسدي ويستخدم للدلالة على مفهوم واسع يشير إلى حالة غير سارة، أو خوف غامض يسبب الكدر والألم وتصاحبه مظاهر فسيكولوجية وتغيرات معرفية.

وهناك مستويات لتأثير القلق يتوزع كل مستوى بتدرجات مختلفة من شدة المعاناة منه، فالمستوى المنخفض يحدث حالة من التنبيه العام، وتزداد اليقظة، وترتفع الحساسية للأحداث الخارجية كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر أما المستوى المتوسط يصبح الفرد أكثر قدرة على السيطرة حيث يزداد السلوك في مرونته وتلقائيته، وتسيطر المرونة الكافية بوجه عام على تصرفات في مواقف الحياة وتكون استجابته وعاداته هي تلك العادات الجديدة، ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب والملائم في مواقف الحياة المتعددة، في حين أن المستوى العالي يحدث اضمحلالاً وانهياراً للتنظيم السلوكي للفرد، كما هي صورة الفرد المصاب بالقلق العصابي في ذهوله، وتشتت فكره ووحدته، وسرعة تهييجه، وعشوائية سلوكه، والقلق بمستوياته يدخل ضمن قسمين هما القلق داخلي المنشأ والقلق خارجي المنشأ الذي يصدر نتيجة التعرض للضغوط النفسية.

العلاقة بين الجسم والعقل واضطرابات القلق:

توصف العلاقة بين الجسم والعقل بأنها متينة، اذ يصحب كل عملية بدنية عملية عقلية في ذهن الإنسان، وكل إحساس يرافقه تغيرات في الخلية العصبية في المخ تسفر عن صور خاصة، وأن كل تجربة ذهنية تخلف أثراً في عمل المخ، أما الانفعال الأقوى فهو القلق والخوف لأنهما يرسخان في الذهن.

ويعد الطب النفس جسدي (السايكوماتي) الذي يركز على التفاعل بين العقل والجسم الذي يظهر من خلال جملة فعاليات، كحركة العضلات التي مرجعها الإرادة والتفكير، والشعور يتضمن الإرادة، وتركيب الأفكار يتضمن

العواطف والانفعالات التي تؤثر على الجسم، وهناك تشابه بين ما يحدث في القلق والانفعالات من تغيرات فيزيولوجية.

وقديما اهتم "ابن سينا" بهذه العلاقة في تجربته على الحمل الذي عرضه لموقف غير آمن، فظل يهزل حتى مات رغم أنه كان يطعمه نفس الكمية التي يطعمها لحمل آخر في ظروف طبيعية، وهذا يوضح ارتباط العقل والجسم في التعلق المرضي (العشق)، وهو عارض مرضي شبيه بالمنخوليا (الاكتئاب) وهذا مرض وسواسي يكون الإنسان قد جلبه الى نفسه بتسليط فكرته على استحسان بعض الصور والشمائل التي له وأعانته على ذلك شهوته، وعلامته غورة العين، ويبسها، وعدم الدمع إلا عند البكاء، وحركة متصلة للجفن ضحاكة كأنه ينظر الى شيء لذيذ، ويسمع خبراً ساراً، أو يمزح، ويكون نفسه كثير الانقطاع، ويتغير حاله من فرح وضحك الى غم، وحزن، وبكاء، ويتغير نبضه عند ذكر المعشوق ان الوصف مقارب لأعراض الهوس ولكن الأهم فكرة ابن سينا التي تشرح التأثير النفسي والجسدي المرتبط بالفكر القائم على الاستحسان والشهوة وقد تناول علماء المسلمين الأمراض النفسية بالبحث والدراسة وظهرت لديهم نظرة تكاملية الى الإنسان بكل أجزائه النفسية والجسدية والعقلية.

وقد وضحت الدراسات الحديثة التي أجريت بشكل منفصل في الحقبة الممتدة (1970- 1985) آليات القلق، بما يدعم الفرضية القائلة بوجود ارتباط بين اختلال عمل "السيروتين" في مواجهة الهلع والقلق، وقد أشارت الى وجود كثافة في أعصاب اللحاء الدماغي وتشير الى انسداد المسالك السيروتينية.

فالاضطراب النفسي يؤدي الى تغيرات بيولوجية مؤقتة تطرأ على الجوانب العصبية، والحشوية، والعضلية، ويعطي أهمية خاصة للوظائف الفيزيولوجية المرتبطة بالجهاز العصبي، وقد يحدث المرض النفسي نتيجة لتغيرات متعلقة بالتمثيل الغذائي، أو النقل الحسي العصبي، أو الإفرازات الهارمونية للغدد

الصماء في حالات النشاط المفرط لعمليتي الإثارة والكف برأي "بافلوف" أن عصاب القلق نتيجة لإثارة مفرطة وكف مفرط وذلك يفسر عدم تطابق عمليات الإثارة، وعمليات الكف، ولقد فتحت الاكتشافات العلمية الحديثة في الصيدلة النفسية آفاقاً بحثية جديدة حول التأثير الدوائي في مناطق ونواقل عصبية حسية في الجهاز العصبي المركزي الذي يتحكم في أفكارنا، وتصرفاتنا، وانفعالاتنا، ويسمح لنا بالانسجام مع البيئة ويتحقق التكامل بين ادراكاتنا الراهنة، وخبراتنا السابقة، من خلال التواصل "الفيزيوبيوكيميائي" بين الخلايا العصبية ولكل ناقل وظيفة واليات قد ترتبط بالجهاز الغدي وتتصل بفصوص الجهاز العصبي المركزي وأغلب العمليات النفسية الانفعالية ترتبط بالجهاز العصبي المستقل.

وبذلك يؤدي الجهاز العصبي السمبثاوي إلى إثارة الدماغ والجهاز الغدي مما يؤدي الى حدوث أعراض القلق الجسمية المرتبطة بالقلب التنفس والأجهزة الحشوية والأوعية الدموية وهذه العملية تهدر الطاقة الجسمية والنفسية، أما الباراسمبثاوي الذي يؤدي عمليات الكف ،وحث الجسم لإفراز هرمونات مهدئة مثل النيوأدرينالين لإعادة حالة الاتزان وتوضح الدراسات أن التعرض المستمر للمثيرات يرهق الجهاز العصبي ويضعفه فيصبح مهيئا للعصاب، ويركز بعض الباحثين في العلاج الدوائي لاضطراب القلق العام على الفص القذالي في مؤخرة الرأس الذي يحتوي على أعلى تركيز من المستقبلات المرتبطة بأعضاء الحس في الدماغ، والعقد العصبية القاعدية والنظام اللمبي والقشرة الجبهية التي عدوها المسؤولة عن القلق العام.

الأساس الفيسيولوجي للقلق:

لقد سعى الباحثون عبر الحُقَب إلى بحث سُبل التشريح العصبي بطرق تميز القلق وبقية الانفعالات عن غيرها من الاضطرابات النفسية، وقد لاقوا خلال سعيهم هذا تحديات جدية، تضمنت بعض هذه التحديات الحاجة إلي وضع تعريف وظيفي للقلق، والحاجة إلى تمييز الاختلافات والتشابهات بين الصيغ المختلفة

للقلق الطبيعي والمرضي، والمصاعب في عمل الاستدلالات حول ظاهرة القلق البشري من الدراسات الحيوانية والتحديات في قدرة البشر على التحقيق حول العقل البشري ورغم هذه المصاعب فقد قادت الدراسات التشريحية العصبية مثل تحديد الضرر والحوافز وتصوير وظائف الدماغ إلى تقدم مهم في هذا السعي أدى الى تحديد بعض الأسس المرتبطة بوظائف الأعضاء للقلق النفسي تتلخص على النحو الآتي:

* تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بقسميه السيمبثاوي والباراسميثاوي.
* يرتبط النشاط العصبي للقلق النفسي بالغدد الصم مما يؤدي إلى زيادة نسبة الأدرينالين والنور آدرينالين في الدم.
* يؤدي التنبيه أو الإثارة الناتجة عن "الأدرينالين" المحفز من الجهاز السمبثاوي إلى أعرض مثل ارتفاع ضغط الدم، وزيادة ضربات القلب، وجحوظ العينين، وتزيد نسبه السكر في الدم، مع شحوب في الجلد، وزيادة التعرق، وجفاف الحلق، وارتجاف الأطراف، وعمق التنفس.
* أما ظواهر نشاط "الجهاز البارسمثاوي"، فأهمها كثرة التبول والإسهال، ووقوف الشعر، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم.
* ويتميز القلق بدرجة عالية من الانتباه المرضي وصعوبة تكيف لدى المرضى.
* ويصدر عن "المهاد التحتاني" الذي يكون على اتصال دائم بالمخ الحشوي في السطح "الأنسي" مركز مسؤول عن الشعور الذاتي بالانفعال في المخ.
* وينشط القلق في بعض الحالات المرضية مثل أورام الغدة فوق الكلوية وزيادة إفراز الغدة الدرقية، ونقص السكر في الدم والكثير من الحميات.

* يزيد في حالات تأخر نضوج الجهاز العصبي أو ضموره.
* بعض الأدوية تؤدي إلى ظهور أعراض القلق المرتبطة بمراكز الحس.
* وأظهرت الدراسات أن مكونات القلق تعود إلى تحفيزات العقل أو أن الأضرار هي أشياء تمثل عملية طبيعية المرتبطة بحوافز تحسسيه للمنبهات الخارجية وأخرى حشوية مع الحالة العصبية النفسية بضمنها (الذاكرة والميول، والنزعات الجينية وبعض العوامل الاجتماعية التي ينعكس أثرها على المخ مثل الشدة، والصدمات النفسية، وقد يكون رد الفعل غير مناسب لمحفزها (الحدث الضاغط) مما يؤدي إلى عدم الاتزان وحدوث صراعات داخلية وللقلق أعراض نفسية ومعرفية، ولتجربة القلق مكونان: الإدراك بالشعور الفسلجي (خفقان القلب والوجيب..) والتوتر والشعور بالخجل مما يزيد القلق.

اضطرابات القلق الأسباب والانتشار الوبائي

توضح الدراسات أن (25٪) من الأصحاء قد خبروا القلق في يوم ما من حياتهم، وتتراوح نسبته في المجتمع العام بين(3- 5٪) أما في حالة ارتباطه مع اضطرابات إكلينيكية أخرى فان النسبة قد ترتفع إلى(12٪).وتزيد نسبة الإصابة لدى النساء عن الذكور بنسب تتراوح بين (1:2 أو 2:3) في أقل تقدير ومن الاضطرابات الآخرى التي تصاحب القلق العام اضطرابات المزاج، والاضطرابات الأخرى من القلق كالهلع والفوبيا البسيطة تصل نسبة مصاحبة القلق العام لاضطرابات أخرى إلى أن (50- 90٪) من مرضى القلق العام يعانون من أعراض مصاحبة.

اضطراب القلق العام والاكتئاب المختلط

هناك الكثير من الارتباطات الممكنة للأعراض المعتدلة لهذه الأنواع من الاضطرابات والتي لم تعط لها معايير معينه اكثر من تلك التي شرحت في المعايير

والتوجيهات التشخيصيه، وقد قدم اقتراح حول رغبة الباحثين في دراسة المرضى الذين يعانون من هذه الأنواع من اضطرابات إذ يجب أن يقوّم هؤلاء المرضى على وفق معايير خاصة بهم من خلال الخط الموجه العام معتمدين على غاية دراساتهم وغرضها.

ويستخدم هذا التشخيص عندما توجد أعراض كل من القلق العام والاكتئاب النفسي من غير غلبة أحدهم على الآخر أو وجود أعراض نوعية تسوغ تشخيصياً مستقلاً أما إذا ظهر ارتباط هذا الاضطراب بتغيرات حياتية مجهدة فهنا يشخص اضطراب توافق وكثيرا ما يشاهد هولا المرضى يعانون من خليط من الأعراض الخفيفة نسبيا ويعيشون وسط السكان ولا يسترعون أي اهتمام طبي أو نفسي.

فالقلق الوجودي شكل آخر من الاضطرابات الانفعالية التي دخلت حديثا الى موضوعات علم النفس، وهو أن تتملك الشخص مشاعر بأن الحياة عبث لا قيمة لها، ويفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله وتظهر على المريض بصحبة القلق أعراض الاكتئاب النفسي المخطط كما تظهر في الاتي:

مخطط أعراض الاكتئاب

اكتئاب ذهان (ذو منشأ داخلي)	أعراض الاكتئاب عامة	اكتئاب نفسي
لا يمكن تحديد درجة اندفاعه وتاريخ الأحداث الهامة الماضية للاكتئاب، وتاريخ أسري للاكتئاب تخلف عقلي -فقدان الشعور ما فوق الأربعين سنة من العمر أي مؤشرات للذهان أو الهلوسة أو الوهم، وهناك معدل عام للألم	فقدان الشهية، والصداع، واضطرابات الهضم، والإمساك، وفقدان الرغبة الجنسية والإرهاق والكسل واللامبالاة، وخفقان القلب والأحاسيس الصدرية، والآلام، والأعراض والأرق، والقلق، والمزاج الاكتئابي، والبكاء والعويل، والشعور بالوحدة، والشعور بالذنب، والضجر، والتشاؤم، والتردد، والبؤس والشعور بالفشل، وكره الذات، واليأس، والأفكار الانتحارية	يمكن تحديد القلق والتوتر وقابلية الإثارة أعراض بدنية ما دون الأربعين سنة من العمر المعدل العام لايقل عن شدة الألم

ويؤدي التشابه إلى تشخيصه بشكل خاطئ على أنه اكتئاب، ومن المحتمل أن تكون الاختلافات بينهما أقل من أوجه التشابه إلا أن القلق المختلط باكتئاب حالة تتساوى فيها تأثيرات أعراض القلق العام وأعراض الاكتئاب اذ يصعب تحديد الأرجحية لأيهما.

النظريات النفسية المفسرة لاضطرابات النفسية وعلاجها

قدمت النظريات النفسية تفسيرا لحدوث الاضطرابات النفسية من خلال نماذج تفسر ،و تقييم البحوث المتراكمة التي تناولت بعض جوانب الاضطرابات النفسية والعقلية، أو النظريات التكاملية التي تهتم بجميع الجوانب على النحو الآتي:

اولا : نظريات التحليلي النفسي :

يقوم التحليل النفسي على اتجاه بنيوي فيحلل بنى ونظم الشخصية إلى مكونات بنيتها، والرجوع إلى تركيب البناء النفسي، والعقلي، والديناميكية البيولوجي "الحتمية"، وتحليل الصراعات غير المحسومة، وتعددت نظريات التحليل النفسي، منها نظرية "كارل يونج" Carl Jung الذي أسس علم التحليل النفسي Analytical Psychology، وعرفت بنظريات التحليليين المجددين Neo – Freudians مثل "الفرد آدلر" Alfred Adler الذي أسس علم النفس الفردي Individual Psychology و"كارين هورني" Karen Horney التي أدخلت المفهوم الحضاري والاجتماعي إلى مفاهيم التحليل النفسي، و"ستاك سوليفان" H.S.Sulivan الذي أدخل تحليل العلاقات البين شخصية، وينضم إليهم مجموعة من المحللين النفسيين وهم التلاميذ المؤيدون، أو المعارضون لبعض مفاهيم مؤسس التحليل النفسي "فرويد"، والاتجاه التحليلي على الرغم من تعدد وجهات النظر، يؤمن بأهمية الحالة النفسية اللاشعورية، وخبرات الفرد السابقة، وخاصة تلك التي تعرض لها في الطفولة.

الأنموذج السيكوحركي The Psychodynamic Model

يفترض هذا الأنموذج أن الاضطرابات تنشأ نتيجة حدوث صراع بين مكونات الجهاز النفسي (الهو Id) وهو يحوي كل موروث، وهو يحوي قبل كل شيء الغرائز التي تنبعث من البدن لتجد أول تعبير نفسي لها في الهو في صور غير معروفة، وتحت تأثير الواقع الخارجي نما جزء من الهو نموا خاصا ظهر بأعضاء لاستقبال المنبهات وبجهاز للوقاية من التنبيه المفرط، فنشأت منظمة خاصة أخذت تعمل وسيطاً بين "الهو" العالم الخارجي وقد أطلق على هذا الجزء من حياتنا العقلية "الأنا Ego" ويقوم الأنا بسلطة الإشراف على الحركة الإرادية وهو، يقوم بمهمة حفظ الذات فيما يتعلق بالأحداث الخارجية، وذلك بتخزين الخبرات المتعلقة بها في الذاكرة، وبتجنب الألم، وبتجنب المنبهات المفرطة عن (طريق الهرب) وتخضع كل أوجه النشاط التي يقوم بها الإنسان إلى التوترات وهي عادة إحساس بالألم ينتج عن خفضها إحساس باللذة والأنا يطلب اللذة ويتجنب الألم، فإذا توقع حدوث زيادة في الألم قابل ذلك "بإعلان إشارة القلق" وتسمى هذه الحالة بحالة خطر.

وهنا يفترض فرويد وجود عمليات عقلية أو أفكار قوية جدا، ويفسر الحدوث المرضي بان اللاشعور الخالي من عنصري الزمان والمكان الساعي دوما وراء الإشباع الغريزي بنرجسيته من غير ما التفات إلى متطلبات الواقع، وهنا يظهر عامل كمي أو اقتصادي – متعلق بالطاقة النفسية – ان الأنا هي الموطن الحقيقي للقلق، فحينما يشعر الأنا بالخطر يهدده من ثلاث جهات فانه يبدأ بإطلاق شحنته النفسية في صورة قلق وفيما بعد تحل محلها مخاوف مرضية، أي أن "الهو اللاشعورية" التي تعمل على هدر الطاقة على وفق مبدأ "لا تطابق إطلاقاً" وعلى العكس يعمل الأنا الشعوري على حفظ الطاقة، وفقا لمبدأ "التطابق للتكيف.

يشير فرويد إلى وجود نوعين من القلق هما: الأول القلق الموجه نحو الموضوع Objective Anxiety وهو بمثابة إنذار "الأنا" أما الثاني القلق العصابي Neurotic Anxiety الهائم أو الطليق Free-Floating Anxiety ويسمى القلق العام ويقول جونز "أن أهمية اللاشعور في الحياة الواقعية هي أن الوظائف العقلية إنما تنشأ في العقل اللاشعوري، وتستكن فيه، وكل أفكارنا، واهتماماتنا، ودوافعنا، وبواعثنا الواعية، تؤدي جميعاً إلى مسلك أو سلوك له مصدره في اللاشعور ويقسم العمليات العقلية على:

العقل الموضوعي، أو الواعي، المدرك

العقل الحالم واللاشعوري وينقسم على تحت الشعور مستودع تجارب الماضي وفوق الشعور العقل الأسمى مصدر الإلهام والإبداع.

ويؤدي اللاشعور عند فرويد وظيفته بشكل مشابه لوظيفة الشعور عند "يونج" بوساطة الآليات العقلية، كالكبت والنكوص والإسقاط والاستدماج والإسقاط والاستبدال والتكثيف والانطواء والكف وهذه الآليات تحتوي على التعجيز لاختيار الواقع وقد يكون هذا التعجيز مقبولا سواء كان من الناحية (الباثولوجية) أو من الناحية الاجتماعية، والتوحد هو الاسترسال في التخيل تهرباً من الواقع، كالتفكير الرغبي. وأحلام اليقظة، أما اللاشعوري فتنشطه مادة من طبيعة الهو غير مقبولة للانا الأعلى، ولم يسبق خروجها إلى حيز الشعور، فتكون النتيجة المنطقية هي كبت مطالب الهو الغريزية، وحينئذ تكون هذه المادة المكبوتة خاضعة لواحدة أو أكثر من هذه الآليات العقلية فتحولها إلى تفكير رغبي.

الأنموذج السيكواجتماعي:

يرى هذا الأنموذج أن العوامل العلائقية، والاجتماعية لها الدور الأهم في تكون المرض النفسي، ويرى "أدلر" أن التفاعل بين الفرد والمجتمع يؤدي إلى القلق، فمشاعر النقص والعجز تولد القلق، أما "سوليفان" فيرى أن الملاقات البين

شخصية قد تؤدي إلى نشأة عدم الاستحسان الذي يسبب حالة مؤلمة للغاية، ويعتقد أن القلق يكون موجوداً عند الأم تنعكس أثاره في الوليد لأنه يستحث القلق من خلال الارتباطات العاطفية بين الأم ووليدها، وعد القلق أحد المحركات الأولية في حياة الفرد، ولذلك قال بمبدأ خفض التوتر وقسم القلق على نوعين الأول بنّاء والثاني هدام الذي هو القلق الشامل الذي يؤدي إلى اضطراب كامل للشخصية، وذهبت "هورني" إلى القول بأن القلق ناتج عن تعامل الفرد مع العوامل الحضارية المرتبطة بحياته منذ الطفولة وحددت القلق الأساسي وهو استجابة انفعالية للشعور بالعجز، وبعدوانية المجتمع الذي يفرض سيطرته عليه وطرق إشباعه لحاجاته، مما يؤدي إلى نشوء النزعات العصابية الثلاث (نحو الناس، بعيدا عن الناس، ضد الناس) والحاجات العصابية، أما القلق فيرتبط بانعدام الطمأنينة والدفء العاطفي والتنشئة الاجتماعية والبيئة المحيطة بالطفل.

ويرى "رانك" أن الإرادة من حيث قوتها وضعفها سبب للحالة النفسية فضعف الإرادة أمام العقبات يؤدي إلى القلق النفسي فحين يعيش الإنسان في عالم يستلزم الكفاح من أجل الحياة يستلزم ذلك تكوين إرادة مضادة.

النظرية السلوكية:

تضم السلوكية مجموعة النظريات التي تدرس السلوك، وقد أسهم "بافلوف" بتفسيره لعملية الاقتران الشرطي، وما يتصل به من عمليات الاثارة والكف، وبأجراء تجاربه المعملية التي توصلت إلى نتائج مهمة بشأن العصاب التجريبي كونه متعلماً ومرتبطاً بقوة الجهاز العصبي من حيث "تطابق عمليات الكف والإثارة" وكانت تجارب "جيمس" لها دور في بلورة النظرية السلوكية وكان "لواطسن" دور في القضاء على الذاتية في تفسير الظواهر النفسية، ووظف "ثورندايك" ترابط المثير والاستجابة في نظريته، ووضع قانون الأثر، مما أعطى إشارة للحركة العلمية، من خلال قانون التدريب وطور "واطسن" قوانين "ثوراندايك" بقانوني التكرار، والجدة، وكان لـ"جاثري" دور في تطوير نظرية

تعميم المثيرات والتمايز وجاء "مورر" بنظرية العاملين ليعمل على التوفيق بين أراء "بافلوف" و"ثوراندايك"، وقد افترض أن أسس الاشتراط "البافلوفي" هي النظام العصبي اللاإرادي، وفي الحالات العادية يكون التوزن مرتبة بالاتزان البدني، وقد قرر أن تعلم الاستجابات الانفعالية للمثير يتحكم في السلوك، وفقد ذاتية الإنتاج، أي ينشأ المثير من داخل الكائن الحيَ وربط بين المثير والاستجابة والتعزيز، أما "سكنر" فرأى أن السلوك يتشكل خلال التغير التدريجي للسلوك النمطي للفرد وتقريبه جدا مما هو مرغوب فيه، الاشتراط الإجرائي(العمليات).

وتستبعد كل الافتراضات غير القابلة للتجريب كالاستبطان واللاشعوري، فأي حقائق حول الإحساس هي الحقائق الخاضعة للتحليل السلوكي القائم على التجربة فقط.

الأنموذج العلاجي السلوكي:

يرتبط العلاج السلوكي بأسماء مثل"أيزنك" و"لازاروس" و"ولب" وغيرهم من رواد العلاج السلوكي الذين استمدوا أساليب علاجية من مبادئ التعلم الاشراطي وقوانينه، والتعزيز التي توصل إليها بافلوف، ووطسن، وهل، وسكنر، وباندورا لعلاج الاضطرابات، والمشكلات السلوكية، بأسرع ما يمكن، وذلك بضبط السلوك المضطرب وتعديله بإزالة أعراضه، وتنمية السلوك الإرادي السوِي لدى الفرد.

ويفسر "بافلوف" الاضطراب بأنه حاصل عن الانحراف المتكرر للنشاط العصبي العالي عن السوية، وينتج كعصاب نقي، ويشرحه بأن الفعل المفرط في قوته (منبه غير عادي)، يؤثر في نظام عصبي ضعيف، ويخضع لسيطرة عمليات كافة تولد العصاب.

وقد طور "بيكوف" تطبيقاتها 1944 فافترض تأثير المشاعر والتفكير والكلمة على مختلف وظائف الكائن، مما، أدى إلى تحديد أسباب الأمراض النفسية، والنفس جسدية على النحو الآتي:

- مجموعة أفعال منعكسة شرطية، تم تثبيتها خلال ظروف المتعالج البيئية والنفسية.
- سيطرة عمليات الإثارة أو الكف وانعدام التوزيع المعتدل بينهما، ولذلك لابد أن يعتمد علاج هذه الأمراض على المبادئ التي ذكرها "بافلوف" التي أعطت نتائج لا تنكر في ميدان الأمراض النفسية وعلاجها عن طريق إعادة تكوين أفعال منعكسة شرطية ملائمة وطبقت عملية إعادة الاستقرار للجهاز العصبي إلى مجال صناعة الأدوية العيادية التي يعالج بها القلق بإحداث تأثير على في لجهاز العصبي وتقليل مستوى الإثارة.

ويؤمن السلوكيون أن المرض النفسي متعلم ويكسب الفرد في أثناء الاحتكاك بالبيئة عادات سلوكية شاذة، ويكون علاجها، على وفق الاشتراط للأفعال المنعكسة، وتكوين اشتراطات مضادة أو تعديل الاشتراطات وتعزيزها.

وقد أوضح "دولار" و"ميلر" 1941 أن التدعيم يلقى في تشكيل السلوك تأييداً قوياً لدى المهتمين بتعديل السلوك بأنه عملية مساعدة المضطرب نفسياً بتدريبه على تقنيات تعديل السلوك، من خلال تطبيقات واسعة في علاج "المنعكسات الشرطية" و"الاشتراط المضاد" و"التكثيف" و"الاسترخاء" و"التنفير".

وفي عام 1970 ظهرت بعض النصوص الأساسية التي تخص النظرية والطرق والفعالية، وتوازنت درجة التجزئة والأحقاد الشخصية العرضية وسط المعالجين السلوكيين، وأصبح التبادل المفيد بين المعالجين السلوكيين سواء كانوا علماء نفس، أم أطباء نفسيين. واختفت لتوحدهم الاختلافات حول استخدام مصطلح العلاج السلوكي كمصطلح شامل لعمليات تحوير السلوك والإدارة الطارئة وسيطرة السلوك والهندسة السلوكية وتعزز ذلك من خلال نموذج السلوك العلاجي. وقد انبثق العلاج السلوكي من الوضع التجريبي في المختبر، والتجريب على الحيوان، فهو خلاصة لتجارب تتبع طريقين هما:

إزالــة الــروابط الســلبية (Contr – Conditionnement Counter Conditioning) وخلق روابط جديدة وتعزيز السلوك المرغوب فيه.

مدرسة التحليل النفسي السيكوماتيك The Psychosomatic Psycho Analytical :

وكــان أول اتصــال حقيقــي بــين التحليــل النفســي والتحليــل نفــس جســدي عندما فرق عصاب القلق عن "النوراستينيا" الوهن النفسي، وكان ذلك في سنة 1894 ونشــر الكــثير مــن المحللــين حــالات مشــابهة ومنهــا شــفاء حالــة الربــو، وأشهرهم فيدر Federn ونشت Nacht ومن المنطلق ذاته استطاع مارتي Marty أن يحدد البنية النفسية الأساسية والعلائم النفسية المرافقة لها.

ويفترض هذا الاتجاه أن أغلب الناس عادة طبيعيين هم في الواقع مصابون بنوع من الأعصبة الطبائعية وتتمثل بعدم كفاية الجهاز النفسي، فتنعكس من خلال الاستعداد العادي للجهاز العقلي من أجل القيام بعمليات مثل التماهي، وإطلاق التماهي ووعي الذات، والقدرة على التفكير، والقدرة على استعمال أشكال متنوعة من الأفكار المترابطة منطقيا فيما بينها، والقدرة على استعمال عدة آليات للدفاع عن الأنا، ويسير انخفاض استعداد الجهاز العقلي للقيام بهذه العمليات جنبا إلى جنب مع انخفاض قدرة الشخص على مواجهة الصدمات والرضوض العاطفية، ويرادف ذلك انخفاض قدرة الجسم ومرونته أمام الأمراض الجسدية، بمعنى أن العصابي في مختلف مراحل تطوره، يحتفظ بعدة آليات دفاعية سبق له استخدامها وتبقى تحت تصرفه لاستخدامها عند الحاجة ومن تلك الطبائع: الهسترية والرهابية والوسوسة... الخ، ويفسر القلق العام بأنه يدل على حالة إرهاق شديد الوطأة حاصل عن عدم كفاية الجهاز النفسي والجهاز العقلي وأعراض القلق يصنفها مارتي تحت المميزات الاعتيادية العظمى، وتتعلق هذه المعطيات بالوظيفة العقلية، ونمط الحياة الاعتيادي، والمعطيات المتعلقة بالسوابق المرضية، وحدّة القلق التلقائي المرافق للضيق والحساسية، وينظر إلى القلق كبقية أنواع العصاب حاصل عن النكوص والتثبيت من خلال تكون البنية

الأساسية إذ إن الأشخاص الذين لا يمتلكون تثبيتاً قوياً يدعم نمطهم العقلي يبقون غالباً ضعيفي المقاومة ،ويكونون عرضة للمرض الجسدي الذي يرهق البنية النفسية، أي وجود علاقة متبادلة بين النمط العقلي والأنا الواهية وأن الأعصبة الطبائعية تشمل (جيدة التعقيل، وغير مؤكدة التعقيل،وسيئة التعقيل) تعود جذورها إلى عدم كفاية التنظيم للجهاز النفسي.

الأنموذج البيولوجي:

يعطي هذا الأنموذج أهمية خاصة للوظائف الفيزيولوجية المرتبطة بالجهاز العصبي، ويفترض هذا الاتجاه أن المرض النفسي يحدث نتيجة لتغيرات متعلقة بالتمثيل الغذائي، أو النقل الحسي العصبي، أو الإفرازات الهارمونية للغدد الصماء في حالات النشاط المفرط لعمليتي الإثارة والكف.

ولقد فتحت الاكتشافات العلمية الحديثة آفاقاً بحثية جديدة حول الجهاز العصبي المركزي الذي يتحكم في أفكارنا، وتصرفاتنا وانفعالاتنا الانسجام مع البيئة من خلال إدراكنا لها، ويحقق التكامل بين ادراكاتنا الراهنة وخبراتنا السابقة: إذ نتلقى المعلومات من المثيرات الحسية عبر المستقبلات الحسية فتنتقل هذه المعلومات إلى شكل إشارات عبر الخلايا العصبية ولكل ناقل وظيفة واليات قد ترتبط بالجهاز الغدَي ولذلك هناك نوعان من النواقل فيزيائية وكيموفيزيائية تتصل بخصوص الجهاز العصبي المركزي وأغلب العمليات النفسية الانفعالية ترتبط بالجهاز العصبي المستقل الذي ينقسم إلى جهازين سمبثاوي، وباراسمبثاوي الأول تتم فيه عمليات الإثارة، وفي الثاني تتم عمليات الكف.

وبذلك يؤدي فالجهاز العصبي السمبثاوي إثارة الدماغ والجهاز الغدي مما يؤدي حدوث أعراض القلق الجسمية المرتبطة بالقلب، والتنفس، والأجهزة الحشوية، والأوعية الدموية، وهذه العملية تهدر الطاقة الجسمية والنفسية، أما الباراسمبثاوي فإنه يؤدي عمليات الكف وحث الجسم لإفراز هرمونات مهدئة مثل "النيو أدرينالين"، وهي عملية حفظ الطاقة، ولذلك يتناوبان في العمل في حالة

الاتزان، وتوضح الدراسات أن التعرض المستمر للمثيرات يرهق الجهاز العصبي، ويضعفه، فيصبح مهيئا للعصاب، ويركز بعض الباحثين في العلاج الدوائي لاضطراب القلق العام على الفص القذالي في مؤخرة الرأس، الذي يحتوي على أعلى تركيزات من المستقبلات المرتبطة بأعضاء الحس في الدماغ والعقد العصبية القاعدية والنظام اللمبي، والقشرة الجبهية التي عدّوها المسؤولة عن القلق العام، وسجلت بعض الدراسات القائمة على التصوير الدماغي أن نسبة أيضية في الكتل العصبية القاعدية والمادة البيضاء لدى مرضى (ا.ق.ع)، وأظهرت الرسوم الموجية في أثناء النوم زيادة في حالات انقطاع النوم وتناقض في حالات النوم (Delta) والنوم في المرحلة الأولى وكذلك تناقضاً في حركة النوم السريعة في أثناء النوم وهذه التغيرات تختلف عن تلك التي في اضطراب الكآبة أما الدور الوراثي فدلت الدراسات إلى أن نسبة التشابه في الإصابة بـ(ا.ق.ع) 50٪ بين التوائم من لاقحة واحدة و15٪ بين التوائم من لاقحتين.

الأنموذج الإنساني:

يضم نظرية الدافعية "لماسلو"، ونظرية الذات "لروجرز" ويفترض هذا الاتجاه تكامل الفرد وتأثره بعوامل بيئية وبيولوجية ونفسية، فيعتقد "ماسلو" أن للإنسان دافعاً نحو المعرفة والقوة والتبصر لتطوير قدراته، ويرى أن خصائص الشخصية تميز الأفراد المحققين لذواتهم من أولئك العاديين: وتشمل التوجه الواقعي نحو الحياة والتقبل الإيجابي للذات وللآخرين، وانعدام التمركز نحو الذات.

والحاجة إلى تحقيق الذات هي حاجة عليا، والفرد الذي استطاع تحقيق ذاته هو شخص متمتع بالصحة النفسية، أي أنه يكون مضطرباً، ويفتقد الأمان، والأمن إذا لم يستطع تحقيق ذاته، ولن يكون في حالة أمن أو أمان إذا لم تشبع حاجاته الأساسية، وهي التي أطلق عليها الحاجات الفسيولوجية: والخوف عند ماسلو ناشئ عن الحاجة إلى الأمن، ويقلق الإنسان نتيجة لضغط الحاجات وإعاقة الإشباع لحاجاته.

ويعدّ السلوك (السوي أو الشاذ) حاصل عملية تتفاعل فيها العوامل الحيوية، ومن أمثلتها الحاجات الحيوية والعوامل النفسية والاجتماعية مثل الحاجة إلى الأمن والانتماء وتأكيد الذات وبشكل أساسي ترتبط الحاجات بالاتزان الحيوي Homeostatsis الذي يحدث في حالة النقص فيولد توتراً فزيولوجياً، فيسعى الكائن الحيّ إلى سد النقص، والعمل من أجل إشباع الحاجة ليعود الجسم إلى حالة الاتزان، وهي ليست قاصرة على الحاجات الفسيولوجية فحسب، بل تقوم بتنظيم علاقة الكائن الحيّ مع بيئته، الذي يميل إلى الاحتفاظ بحالة ثابتة من التنظيم الذاتي، ولذلك ينشأ القلق بسبب الإعاقات المتكررة لإشباع الحاجات الإنسانية.

أما "روجرز" فيرى أن الذات جزء متمايز من المجال الظاهراتي، وتتكون من نمط المدركات والقيم الشعورية وتنشأ من التفاعل بين الفرد والبيئة وهي تكافح من أجل الثبات وتسعى إلى التوافق والاتزان، وتنمو نتيجة للنضج والتعلم، وعلى الرغم من أن الذات تتغير، فإنها تحافظ على خاصيتها نمطاً منظماً، وهي بشكل عام تكون على مستوى الوعي قائم على أساس قوانين الإدراك العامة.

وحدد ثلاثة مكونات رئيسة هي الكائن الحي، والمجال الظاهراتي، والذات؛كمكونات للشخصية، ومضمون النظرية الروجرزية هو أن التعرض شبه المستمر لمعرفيات المتعالج وانفعالاته، لأنه بهذا يمكن أن تتم مخاطبة الانفعالات المرتبطة بمعرفة معينة وبالعكس.

ويفسر نشوء القلق الذي يعده أعلى مستويات التوتر، ويتدرج من توتر عضوي إلى توتر نفسي، ثم القلق الذي تعد مشاعر التناقض ممهدة له، فيبدأ بشعور بالتناقض بين الذات، والخبرة، أو بين الذات كما يدركها الفرد وبين الخبرة الواقعية له، ويكون ذلك التناقض مصحوبا بالقلق، والارتباك الداخلي، والحزن والضيق، الناتج عن الصراع بين الواقع ورغبات تحقيق الذات.

ويؤكد "روجرز" أن التنافر يحدث حينما يتوقف الأفراد عن استخدام عملياتهم التقويمية الخاصة فاستشعار خبرة ما قبل الوعي الكامل يحمل في طياته تهديدا كامنا لبنية الذات يثير القلق.

النظريات الادراكية والذهنية:

اهتمت الجشتالتية بادراكات الشكل إلا أن "جولدشتاين"، و"ويونتي" أدخلا الفزيولوجيا فيها، وأدخل "ليفين" المجالات النفسية، ثم طور السلوكيون المتأخرون اصطلاح السلوك الادراكي Cognitive Behavior ليشيروا إلى ادراكات الفرد وأفكاره وقناعاته وتخيلاته ،فالعمليات المعرفية هي أحداث باطنية.

واهتم الاتجاه الجشتالتي بالإدراك كعمليات نفسية وعقلية إلا أن التوجه الذهني يقترح وجود تكوين افتراضي يطلق عليه (الوعي المعرفي)، يمكن تمثيله ببناء هرمي متدرج الشكل، تتم فيه عمليات متعددة على سطحه توجد عمليات تمييز المثيرات أو الوقائع كما تبدو لنا في ظاهرها، وهي المادة الخام التي نحاول تفسيرها عند ادراكنا لها، وقد نخطئ في هذا التفسير أو نصيب، وكلما اتجهنا نحو عمق هذا التدرج الهرمي وجدنا أصولا تخرج منها هذه الوقائع الظاهرية، وتعتمد كل طبقة في هذا التدرج الهرمي على ما قبلها فيما يتعلق بعمليات تفسير المادة الخام. ويقوم بالتحليل البسيط للحدث مثلا "الحدث تلقيت معروفا أو شيئا نافعا من شخص ما لم تكن تتوقعه، فان مجرد تمييزك لهذا الفعل كما حدث في ظاهره هو أول عملية معرفية، ثم إيجاد روابط سببية. ومن ثم تأتي خطوة تفسير المصدر المباشر لهذا الفعل، وهل هو مصادفة؟ ومحاولة الكشف عن الأغراض؟ إرضائي قصده أم إزعاجي؟ ليتم تمييز المسؤولية المحركة المادية أو المعنوية، أضغط عليه أحد أم وجهه كي يساعدني؟ وهكذا يتم تدارس الآراء، وتمحيص الفروض، بتقليب الأمر، ثم تقويم الفعل مقارنة بأفعال الشخص

الأخرى، ومن ثم محاولة توقع الأفعال التالية بناء على الخبرات السابقة والمعطيات الحالية، ما الخطوات القادمة؟

وبذلك يتم عزو الفعل إلى العوامل الشخصية التي تتباين مع تباين تعليلها بالعوامل البيئية، وحدد "هيدر" خمس مستويات لنسب المسؤولية عن الحدث هي:

الأول: الاقتران العام Global Association.

الثاني: امتداد المسؤولية عن الفعل Extended Commission.

الثالث: المسؤولية بسبب عدم الاكتراث أو الإهمالCareless Commission.

الرابع: فهو المسؤولية بسبب السلوك المقصود Purposive Commission.

الخامس: مسؤولية الفعل الذي له مبرراته Justified Commission.

واقترح "كيلي" مبادئ أكثر عمقا وشمولا لتوضيح تفسيرات الفرد العادي للأحداث عندما يتسنى له إدراكه أو الحصول على معلومات عنه وحدد أنموذج التغاير القائم على (التمييز والاتفاق والاتساق) وتتشكل نظريات التوقعات من خلال الشعور المتعلم بالعجز، بأن حالة استقلال الاستجابة عن التعزيز هو توقع شامل واسع.

ونلخص من استعراضنا للنظريات النفسية المفسرة للاضطرابات النفسية التي تعتري البناء النفسي أو العقلي، وما يحدث عنه من عمليات ترتبط بها المسببات الظاهرة، أو الكامنة، وبتحليل محتواها اتضح أنها اعتمدت على البناء النفسي في تفسير حدوث الأعراض المرضية وفيما يلي المؤشرات التي خرج بها الباحث من النظريات النفسية وعلى النحو الآتي:

أ. تحددت أراء علماء المسلمين بتكامل البناء النفسي (العقل والجسم والعاطفة) وان اختلف تفسير أحدهم عن الآخر إلا أنهم يتفقون حول أن الإنسان مركب من الجسد، والعقل، والقلب ويصدر عنها السلوك الذي هو مجال الدراسة، وجميع العمليات نفس جسمية تشمل الخبرات

والسلوك والمعرفة، معرفية تكاملية أو تطابق السلوك مع الفكر والأخلاق الإيمانية، والإرادة والإدراك متفاعلا مع (الهوى والمزاج) كما نجدها في آراء "ابن سينا" "الغزالي" و"ابن الجوزية" و"الذهبي" و"القزويني"، وتنجم الأعراض المرضية عن اتباع الهوى والأطماع والبعد عن التدبر والتفكير السوي الحاصل عن ضعف الإيمان الذي أدى إلى سوء الخلق وضعف الهمة والمروءة وضعف الإرادة عن اتخاذ القرار، ويتأثر العقل بالمزاج في اختلاله، واختلاف البيئة، مما يؤثر في النفس والمشاعر فيكون الإرهاق، والإجهاد، والتفكير والانفعال فتمرض النفس، وكلما وعى الإنسان أو فكّر بمصدر الخطر فيه ازداد تأثيره فيه نفسياً وجسدياً.

2. التحليل النفسي عبر تعاقب المنظرين سواء المؤيدون أم المعارضون حددوا البناء النفسي حسب تقسيم فرويد (الهو، والأنا، والأنا الأعلى) ضمن مستويات الشعور، واللاشعور، وما قبل الشعور ولكنهم اختلفوا حول المصادر المحركة والحتمية البيولوجية والاجتماعية كل من "فرويد" و"يونج" و"أدلر" و"رانك" و"فينخل" و"رايخ" و"ستيكل" و"هورني" و"سليفان" و"أريكسون" و"لكي"، وتنجم الأعراض المرضية عن إحباط الطاقة الجنسية وعدم اكتمال التسوية بين التجارب الطفولة والقوى الكابتة لها، أو كبت بعض النواحي الإيجابية في الشخصية القومية في اللاوعي الجمعي، أو فشل الكفاح ضد الشعور بالنقص وتحقيق الذات، أو الشعور بالانفصال، أو فشل عمليات الدمج والانحلال، أو فشل الفرد في ضمان المقومات الأساسية وهي: الأمن والاطمئنان مما يؤدي إلى دينامية التوتر، أو أزمات النمو، والصراع، والإحساس باختلال الهوية وضعف الثقة بالنفس، أو محاولات الإنسان جعل تجاربه تطابق كيان في أهدافه، ومدى واقعية الأهداف.

3. أما النظريات السلوكية فأن واضعي نظرياتها ابتداء من "بافلوف" الى "ولبي" يرون التركيب النفسي هو مجموع ارتباط المثير بالاستجابة للعمليات الناشئة من اقتران شرطي أو إجرائي سلوكي، وتنجم الأعراض المرضية عن تعلم السلوك العصابي والصراع هو استجابة ناجمة عن القلق الشامل الذي يتم تعلمه تعلما سلبيا.
4. اما النظريات الإنسانية فإنها تتجه إلى الطبيعة الإنسانية وترى أن البناء النفسي هو الذات الإنسانية، أو النسق والمعنى، أو تكامل نفسي واقعي، أو تكامل إنساني اجتماعي، لدى اصحابها "روجرز" و"فرانكل" و"جلاسر" و"بنل" وتنجم الأعراض المرضية عن الفشل في تحقيق الذات وفقدان الثقة في النفس، وفقدان الإنسان معنى لحياته هو أحد العوامل الرئيسة في الأعصبة، أو الجهد الفاشل لإشباع الحاجات بغض النظر عن نوعية السلوك، أو نقص العناية ومقومات الحياة الكريمة
5. أما النظريات النفس جسدية ابتداءا من "رثريانوف" إلى "ماير" و"مارتي" فان البناء في طبيعته الإنسانية حيوي يشمل العقلي والنفسي والبناء العضوي، وتنجم الأعراض المرضية عن تفاعل الفرد بكامل عناصره النفسية والبيولوجية والاجتماعية وعدم كفاية الجهاز النفسي في مواجهة الصدمات العاطفية فضلاً عن انخفاض قدرة الجسم ومرونته أمام الأمراض الجسدية والآلام الأولية تنفصل عن الشعور لأن الشعور بها لا يطاق فينشأ التوتر العضلي وتشوهات العمليات الاحشائية
6. وتدور النظريات الذهنية والادراكية والعقلانية حول أن البناء النفسي يقوم على جوانب عاطفية، ووجدانية، وعقلية معرفية، وتأملية، والتركيب المعرفي البنيوي هو الإدراك الحسي الكلي، ويتفقون ابتداء من "فيثاغورس" الى "اليس" و"بيك" و"ميخينبيوم" و"ماكميليون"

و"رايمسي" الذين يرون أن الجهاز النفسي العقلي يؤثر في الانفعالات والسلوك الادراكي، وتنجم الأعراض المرضية عن الأفكار اللاعقلانية الشائعة في النسق الاعتقادي وفقاقيع الفكر تكمن وراء الاضطرابات والعلاج يحدث عن طريق الاستبصار العقلاني وإعادة تركيب البناء العقلي والتحكم في النفس على وفق المؤشرات الآتية:

أ. إن الانفعال الشديد يشوه الإدراك الحسي ويؤثر على دقته وموضوعيته، وانفعالات الفرد تدفعه إلى اختيار جوانب معينة من الشيء المدرك، فالخائف تحت تأثير الخوف، والمحب تحت تأثير الحب.

ب. الإنسان الخائف، إنما هو خائف من شيء حتى لو كان الأمر يتعلق بذلك القلق غير المحدود إلا أن سبب الانفعال إدراك حسي، وهو تمثيل دال لسبب يثير مشعرات القلق قد يكمن في الغرضية التي قد تكون محاولة نسيان الخطر، أو الهرب منه، أو الأمل في اللذة، أو خشية عدم تحقيقها فكلما ارتبط القصد المفرط بالاهتمام المفرط في القصد، والإفراط في التفكير من شأنهما أن يخلقا أنماطا عصابية من السلوك.

لتوصيف النظريات النفسية المختلفة، فإنها جميعا حددت البناء النفسي الذي تتسم به الشخصية ويفسر اتجاه العمليات النفسية وارتأت النظريات أن تفسر حدوث المرض من خلال البناء النفسي الشخصي أو النفسي العقلي أو الاتجاه نحو التركيب أو الارتباطات المادية مثل الارتباطات البيئية لدى النظريات السلوكية وتشترك معها جزئيا النظريات ذات الطابع الادراكي (المعرفية) وهذه الأخيرة تشترك بعضها مع بعض في القول بأن سبب الاضطرابات النفسية ليس الظاهرة بحد ذاتها إنما هو تفكيرنا وإدراكنا للظاهرة التي تتضمن المواقف والأشياء وتنطلق من الادراكية وتقر اللاشعور وترى أن الدراسة العلمية تتوجه

للشعور لأن التحليل النفسي في الحقيقة يتعامل أيضا مع الشعور، لأن إعادة الخبرة إلى السطح الشعوري جعلها خبرة شعورية، وتتناول النظريات الحياة النفسية بنظرات متعددة الجوانب هي: نمائية بيولوجية معرفية، ومعرفية سلوكية ذات عوامل وسيطة (منظوماتي معرفي) ثم تكاملية ادراكية وتعلم معرفي تعلم التفكير الظاهراتية واجتماعية ادراكية مجاليه ومما سبق استنتج الباحث الآتي:

اولا: أن كل النظريات النفسية تتخذ محوراً أساسياً في الشخصية لتجعله مركز الاهتمام الرئيس، وترتبط به المفاهيم الرئيسة للنظرية ولكنها جميعا تبين تأثير العوامل العقلية في مفاهيمها الرئيسة:

1. التوازن غاية السلوك، والدافعية محركات للسلوك، وكل هذه العمليات النفسية تسير بشكل متوازن بواسطة العمليات المؤدية إلى تكامل السلوك.
2. والعمليات المؤدية إلى تكامل السلوك وتآزره هي عمليات ادراكية تتشعب إما أن تكون جوهر السلوك، أو وسائط السلوك، واهتمت بهذا الجانب النظريات المعرفية.
3. ان محور النظريات المعرفية هو العمليات العقلية العليا التي ترتبط بالجهاز العصبي المركزي.
4. ان العمليات العقلية العليا التي تشمل الإدراك الكلي، والإدراك الحسي، والإدراك الاجتماعي تتحدد بالتفكير، والانتباه، والتخيل، والتذكر، والتعلم، والوعي، وهي في حقيقتها ظواهر عقلية تتضمن وظائف وقدرات تحدد السلوك.
5. النمو المعرفي والتعلم المعرفي يرتبطان بعوامل مؤثرة هي: النضج والدافعية والبيئة والتوازن.

6. إن طريقة العرض والاقتصاد تؤثر في التمثيل الادراكي ومن ثمَ في التعلم المعرفي الذي يتسلسل من البسيط إلى المعقد في التعلم، ومن المحسوس إلى المجرد في التفكير.
7. إن التعلم المعرفي يمد البنية العقلية بمادتها الأساسية التي تصنف وتخزن في الذاكرة، ثم تستدعى لغرض المحاورة العقلية، وإعادة التركيب، والتوليد لتنتج من الوظيفة العقلية على شكل منظومات أو استنتاجات أو استنباطات...الخ.
8. يؤدي التفكير والمعتقدات العقلية دوراً في تحديد النسق المعرفي الذي يتحكم في شخصية الفرد وسلوكه بل في سير هذه الشخصية وتعاملها مع البيئة وتواؤمها مع المحيط.
9. أن اضطراب البنى العقلية، والوظائف العقلية يتشكل من خلال المدخلات والمخرجات والضوابط المعرفية التي يتحدد بها اتزان وتآزر السلوك.
10. تقود المعرفة المعدلة نوعاً ما إلى نوع من التعديل في الشعور، فيدركه المفحوص من خلال تعرض المعالج للمشاعر المتبدلة، والشعور المتغير ويمكن أن يقود إلى التبدل في المعرفة، ولذلك كل أنواع العلاج النفسي تحدث قدراً من تعديل البنية المعرفية إنما الاختلاف في الأساليب والمديات الزمنية ووجهات النظر في تفسير حدوث التغيرات النفسية، والمعرفية، والسلوكية.
11. يتجه التحليل النفسي إلى تفريغ المكبوت في اللاشعور ويعطي له أهمية في الحياة الواقعية وهي أن الوظائف العقلية إنما تنشأ في العقل اللاشعوري وتستكن فيه كل أفكارنا، واهتماماتنا، ودوافعنا اللاشعورية وبواعثنا الواعية، تؤدي جميعا إلى مسلك له مصدره في اللاشعور ويقسم العمليات العقلية إلى:

أ. العقل الموضوعي، أو الواعي، المدرك.

ب. العقل الحالم واللاشعوري وينقسم على تحت الشعور مستودع تجارب الماضي وفوق الشعور العقل الأسمى مصدر الإلهام والإبداع، ويحدث الاضطراب النفسي بوساطة الآليات العقلية، فكبت مطالب الهو الغريزية تحول المادة المكبوتة إلى تفكير رغبي، ويتم العلاج التحليلي بالتخلص من المسبب، لأن اللاشعور يؤدي وظيفة مشابهة لوظيفة الشعور تنشطه مادة من طبيعة الهو غير مقبولة للانا الأعلى ولم يسبق خروجها إلى حيز الشعور.

12. العلاج السلوكي انبثق من المختبر (التجريب على الحيوان) ويتبع العلاج السلوكي طريقين هما: إزالة الروابط السلبية وخلق روابط جديدة وتعزيز السلوك المرغوب فيه، لتقليل إمكانية حدوث عادات، أو صياغة سلوكيات سيئة جديدة مع العمل على تكوين مضادات للشرطية القديمة.

13. العلاج المنطقي الانفعالي والعلاج العقلاني (المعرفي) الذي يشمل نماذج تحتوي طرق العلاج التي تهدف إلى الإقناع والتوجيه، من خلال الأدلة وتهدف إلى السيطرة على الانفعالات الشديدة، وتصحيح عمليات تفكير خاطئة أو اكتشاف الأفكار غير المنطقية التي تتضمنها وجهات نظر الأباء، والمعلمين، وغيرهم بسبب الثقافة، ويعمل المعالج على جذب انتباه المريض، وكشف المخططات غير المنطقية، وتعليمه إعادة التفكير، وإعادة تشكيل تلك الأفكار لغوياً عن طريق وسائل أكثر منطقية بلا مساعدة أحد، ويقوم على فكرة أن المعرفة المعدلة نوعا ما تقود إلى نوع من التعديل في الشعور يدركه المتعالج من خلال تعرضه للمشاعر المتبدلة والشعور المتغير ويمكن أن يقود التبدل في المعرفة إلى تغير ينعكس في السلوك.

14. تصنف المعالجة النفسية بمختلف مشاربها على أساس محتوى العملية العلاجية فردية أو جماعية يتعاون فيها فريق مكون من الطبيب والمعالج النفسي، والباحث النفسي والاجتماعي للقيام بالعلاج النفسي الإسنادي، أو العلاج النفسي التربوي، وقد يشترك في الفريق خبراء من القانون، وعلماء الدين، والمدرسين، أما العلاج النفسي البنيوي فيقتصر على المحل النفسي ودور كل من المعالج، والمتعالج غير محدد بنظرية بذاتها بل محدد بأهدافه على النحو الآتي:

أ. العلاج النفسي الإسنادي دور المتعالج سلبي موجَّه، ودور المعالج إيجابي موجِّه.

ب. العلاج النفسي التربوي دور المتعالج إيجابي متدرب مشارك دور المعالج إيجابي مدرِّب وموجِّه أو محايد.

ج. العلاج النفسي البنيوي دور المتعالج والمعالج غير محدد وأحيانا علاقات متبادلة تركيبية.

وعلى ما تقدم فان هذا البحث ينطلق من عمق نظري يستند الى الفلسفة المعرفية عبر تطورها الحضاري والفكر العربي الإسلامي حول المعرفة والنظريات النفسية المعرفية ويعتمد على التوجه النظري للعلاج المعرفي التي أقرتها المؤتمرات العلمية العالمية للصحة النفسية، وخدمت البحث من خلال ترسيخ الإطار النظري، وصقل خطة المعالجة، والطرق العلاجية فبالرغم من اختلاف قسم من وجهات نظرة الارشاد للنظريات النفسية في الاساليب والفنيات المستعملة الا انها تشترك في العديد من التوجهات النفسية الهادفة الى تعديل السلوك الانساني بافضل ما يمكن. وسيستعرض المؤلفان لقسم من النظريات التي لها باع في التقدم في مجال علم النفس الارشادي وكما يلي:

نظريات الارشاد النفسي:

الارشاد النفسي الظاهراتي (الفينومينولوجي):

تنطلق هذه النظرية في الاتجاه الانساني في علم النفس الذي يتركز على قدرة الفرد في النمو الايجابي واكتساب السلوك الاجتماعي (أخلاقي) تعرضه لمواقف متعددة وخبرات مختلفة. وإنّ الفرد في الظاهراتية يتميز بالعقل والقدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية ومن ثم اكتساب السلوك السوي والتحكم بالغرائز الفسيولوجية، وإنّه يولَد وله القدرة على التخلص من السلوك غير السوي. وترى النظرية أن السبب الاساسي لتعرض الفرد للاضطرابات النفسية هو شعورهم بانهم ليسوا ذا قيمة أو من دون قيمة (Worthlessness) وهذا الشعور يؤرقهم، ولذلك فإنّ معظم قراراتهم تتخذ من قبل الاخرين، وانهم يواجهون صعوبات كبيرة بين النظرة التي يحملونها عن ذواتهم وبين الواقع، فالذات عندهم تاخذ صورا مختلفة، فهي تختلف عن الواقع وتختلف ايضا عنها لدى الاخرين (كما يراها الاخرون). ومن اصحاب نظرية الارشاد الظاهراتي، كارل روجرز (Carl Rogers) صاحب نظرية الذات (الارشاد المتمركز حول الذات).

نظرية الارشاد المتركز حول الذات

يعدّ (كارل روجرز) صاحب نظرية الارشاد غير المباشر (Non-Directive Theory)، والتي سميت باسم الارشاد المتمركز حول المسترشد (Client-centered Theory)، أول من عمل على تطوير نظرية الذات. إذ يقدم روجرز نظريته في الشخصية بناء على مفهومات أساسية هي (الكائن العضوي Organism) وهو الكل المنظم في كل لحظة من لحظات حياته، و(المجال الظاهري) (Phenomenal Field)؛ هو الواقع المحيط بالفرد والذي يدرك اهميته، و(الذاتThe Self)؛ وهي سلسلة من المدركات والقيم التي تنشأ من تفاعل الكائن العضوي في البيئة، و(الخبرة)؛ وهي مواقف حياتية متعددة يعيشها الفرد

نتيجة لتفاعله معها، و(السلوك)؛ وهو النشاط الموجه نحو هدف معين تقوم به العضوية لاشباع حاجاتها كما تدركها هذه العضوية. ويربط تحديد الشخصية بمفهومات الادراك والقدرة الادراكية والحاجة الى تقدير الاخرين (تقدير الذات). وإنّ اهداف الارشاد في نظرية الذات تتركز في:

1. مساعدة المسترشد على ادراك خبراته المهددة لذاته وغير المهددة بحيث يستطيع ترميزها ووعيها وادماجها في مفهومه عن ذاته.
2. مساعدة المسترشد على التوفيق بين مفهومه عن ذاته وخبراته ليستطيع ان يقوم باعماله.
3. مساعدة المسترشد على النضج وازالة العوائق التي تقف امام تحقيقه لذاته.

لذا فإنّ العملية الارشادية تقوم اساساً على مساعدة المسترشد للكشف عن ذاته الواقعية وتقبلها أولاً، ثم محاولة تنميتها في ضوء قدراته التي كانت خافية عليه. وبخلاف العديد من النظريات الارشادية الاخرى نجد انها تهدف أساساً على زيادة الاستقلالية والتكامل عند المسترشد، ولهذا فإنّ التركيز هنا يكون على المسترشد وليس على مشكلته. وبهذا حدد روجرز عددا من الاساليب الارشادية لتحقيق اهداف العملية الارشادية وهي:

1- الانفتاح للخبرة.
2- الثقة بالنفس.
3- التقويم الداخلي للذات.
4- الرغبة في الاستمرارية.
5- تفريغ المشاعر السلبية.
6- النزعات الايجابية.
7- الاستبصار.

وتتم عملية الارشاد عند روجرز على وفق توجيه المرشد اهتمامه نحو المسترشد فرداً أكثر من أنه مشكلة، من خلال ترك المسترشد يعبر عن مشكلته بحرية ليحرر التوتر الانفعالي الداخلي. واتباع المراحل الارشادية الآتية:

أ- مرحلة توضيح وتحقيق القيم.

ب- مرحلة توضيح وتحقيق القيم.

ج- مرحلة المكافاة أو تعزيز الاستجابات.

مراعاة شروط العملية الارشادية الآتية:

أ- الاتصال (Contact)؛ وهو تعني الاتصال النفسي بين المرشد والمسترشد لاتباع حاجة معينة.

ب- شعور المسترشد بحالة من القلق والضيق تجعله شديدي الرغبة في احداث تغيير في نفسه، فهو يعاني من عدم الاتساق بين صورته عن ذاته وسلوكه.

جـ- أنْ يكون المرشد واعياً لكل تصرفات المسترشد.

د- احترام المسترشد وتبجيله بغض النظر عن نوعية سلوكه.

هـ- الفهم والتعاطف (Empathy) وذلك بفهم الاطار المرجعي الداخلي للمسترشد باكبر قدر ممكن من الدقة والتمركز حول ذات المسترشد.

و- أنْ يدرك المسترشد أنّ هذا التعاطف والتبجيل غير مشروط وعليه أنْ يتفهم ويقدّر ذلك.

ز- تستغرق مدة الارشاد تقريباً (15) مقابلة على أنْ تكون مقابلة واحدة كل اسبوع.

الارشاد النفسي الوجودي:

ينطلق اصحاب المذهب الوجودي من رفض مفهوم تجزئة النظرة للانسان، ورأوا أنّ فهم حقيقة الانسان وجوهره، أنْ يُنظر إليه نظرة كلية، وإنّ الانسان أحد الظواهر الطبيعية في هذا العالم، إلا أنّه مخلوق معقد وهو الوحيد الذي يستطيع ان يعبر ويفهم العالم ويعكس وجوده ويصدّر قراراته بحرية ويحدد أهدافه.

ويعد الارشاد النفسي الوجودي خليط من اللاهوت والفلسفة والطب النفسي وعلم النفس الذي يدرس سلوك الانسان ومشاعره، إذ ينظر الوجوديون الى أنّ الانسان يعيش في عوالم ثلاثة هي: (العالم المحيط بالفرد كله Mwelt) والذي يشترك مع جميع الكائنات وهي حتمية العالم البايولوجي، و(عالم علاقات الشخصية المتبادلة Mitwelt) وهو العالم الذي يتم به التفاعل بين الاشخاص و(عالم ذاتي أو شخصي/عالم خاص Eigenwelt) وهي تعني المواصفات الداخلية للفرد التي تميزه من الاخرين ومن خلالها يستطيع الفرد فهم ذاته واصدار حكم عليها.

لذا فإنّ أهداف الارشاد الوجودي تتمثل في:

1- مساعدة المسترشد على مواجهة قلق الاختيار وقبول حقيقة أنّه اكبر من أنْ يكون ضحية للقلق الناتج عن اختياراته.

2- مساعدة المسترشد على التصرف من منطلق الحرية، مع تحمل مسؤولية سلوكه.

3- استثارة روح التحدي والقدرة لدى المسترشد، في أنّه وحده هو الذي يمكنه مساعدة نفسه في تجاوز معاناته.

وبهذا فالعلاقة الارشادية عند الوجوديين ليس لها تنظيم ثابت لعملياتها واجراءاتها واساليبها، وان كان لها افكار ثابتة مستمدة في الفلسفة الوجودية، وأهداف العملية الارشادية في الوجودية هو مساعدة المسترشد على ان يحقق

لنفسه وجوداً أفضل وحياة اكثر إشباعاً وتوافقا بما لديه من امكانات وطاقات وخبرات وطبيعة متفردة. وهذا يعني ان الاساليب وتكنيكات الارشاد الوجودي وهي الاكثر شيوعاً في الاستعمال من قبل المرشدين الذين ينتمون مهنيا لهذا الاتجاه هي:

1- اثارة وتنمية الوعي بالذات.

2- اثارة روح التحدي من اجل مجابهة شاملة.

3- تنمية استعمال الحرية وتقبل المسؤولية.

4- المجابهة مع القلق.

5- اكتشاف المعنى في الحياة.

6- تاكيد التوازن بين الفردية والاجتماعية.

الارشاد النفسي السلوكي:

ترجع اصول النظرية السلوكية الى الفلاسفة الاغريقيين (فيثاغورس وهرقليس)، الذين نظروا الىالانسان على أنه الجسد المادي ولاشيء غير ذلك، والسلوكية التقليدية ترجع التعلم الارتباطي للواقع المادي الملموس للعلاقة بين المثير والاستجابة.

إن أول دراسة علمية تجريبية لسلوك الانسان ظهرت في روسيا على يد (بافلوف) باسم الاستجابة الانعكاسية (Reflection Respinse) إنّ المدرسة السلوكية تعتقد بأنّ السلوك الانساني ما هو الا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها في أثناء مراحل نموه المختلفة.

وان الاضطراب السلوكي عند الفرد يتكون نتاجاً لأحد العوامل الآتية:

1- فشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب.

2- تعلم اساليب سلوكية غير مناسبة.

3- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع اتخاذ القرار المناسب لها.

4- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة.

ويرى كل من كرومبولتنزوثيرسون (Krimbolt and Thereson) ان الارشاد السلوكي ما هو الا عملية مساعدة لتعلم اساليب حل المشاكل الشخصية والعاطفية عن طريق اعداد الظروف التي تحقق السلوك المنشود.

وهذا يعني أن أهداف الارشاد السلوكي هو:

1- مساعدة المسترشد على اختيار وتحديد اهداف بسيطة ممكنة التحقق.

2- زيادة فهم الذات.

3- اكتساب مهارات حل المشكلات.

4- زيادة فاعلية الذات.

لذلك فالمرشدون هم المسؤولون عن العملية الارشادية لانهم اكثر تفهماً للاهداف ونتائج عملهم مع المسترشد. وقد حدد (كرمبرلتز) ثلاثة اسس للعملية الارشادية ذات تاثير فعال في العملية الارشادية السلوكية وهي:

1- توقيت التعزيز من قبل المرشد.

2- القيام بتجزئة استجابات المسترشد لتحقيق المتابعة والاهتمام من قبل المرشد.

3- الاهتمام بالاستجابات المستقبلية الخارجة عن نطاق الجلسة الارشادية.

ويمكن تحديد قسم من الأساليب الارشاديه في المدرسة السلوكية:

1- الارتباط الاجرائي Operant conditioning.

2- التعليم بالتقليد والملاحظة Opservation.

3- التشكيل Shaping.

الارشاد النفسي المعرفي:

بدأ الاهتمام بالارشاد المعرفي في بداية السبعينات، عندما تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقاتها بالجوانب والوظائف النفسية الذي يقوم اساساً على علم النفس المعرفي (Cognitive Psychology) الذي يهتم بالعمليات المعرفية (الاحساس والادراك والذاكرة والتفكير واللغة).

إنّ الفرضية الاساسية التي تقوم عليها النظرية المعرفية السلوكية هي "ان الناس هم انفسهم الذين يوجدون مشكلات نتيجة للطريقة التي يفسرون بها الاحداث والمواقف التي تواجههم"، لذلك يقوم الارشاد السلوكي المعرفي بعملية اعادة للتنظيم عند المسترشد بما ينتج عنه اعادة للتنظيم السلوكي. ويؤكد كل من (Craighead, Dazdin, Mohoney) على اربعة عوامل معرفية اساسية تؤثر على نحو كبير على السلوك الانساني وهي:

1. الانتباه؛ ويعني به وعي المسترشد للاحداث البيئية المحيطة به.
2. العمليات الوسيطية؛ وهي تلك العمليات الادراكية التي تشمل التمثيل المعرفي للاحداث البيئية.
3. المكونات السلوكية؛ وهي الاجراءات السلوكية التي يحددها المرشد للوصول الى اجراء تغيير أو تعديل معين للسلوك.
4. الظروف المحفزة: وهي اهتمام المرشد السلوكي بالتركيز على ما يتوقعه المسترشد من سلوك يقوم به، وليس على نتائج هذا السلوك فقط. ويرى (الخطيب 1994) أنّ الارشاد السلوكي المعرفي يتركز على مبادئ هي:
   أ. التركيز على دراسة الافكار والمشاعر والاعتقادات.
   ب. العمل على تحليل انماط التفكير والمعتقدات، وهي (شرط اساسي لبناء البرامج الارشادية الفاعلة).

ج. العمل على احداث تغيير في العمليات المعرفية وانماط التفكير الخاطئة.

د. العمل على توفير الفرصة المناسبة لتنفيذ ما يسمى بعملية اعادة البناء المعرفي.

وحسب (Goldfried&Goldfried) إنّ الارشاد السلوكي المعرفي يتضمن تحديد انماط التفكير المنطقي غير التكيفي، ومساعدة المسترشد على تفهم الاثر السلبي لهذه الانماط، وكذلك مساعدته على انماط تفكير منطقية تكيفية، وتدريبية على تنمية استراتيجيات للضبط الذاتي.

لذا عمل على أسس المدرسة السلوكية المعرفية العديد من العاملين في المجال النفسي منهم، كيلي (Kelly) في المفهومات الشخصية بيك (Beck) في الارشاد المعرفي، ميكنبوم (Meichenbaum) في ارشاد الذات، وطريقة كولبرك (Kohlberg) في برامج التربية الاخلاقية واليس (Ellis) الارشاد العقلاني الانفعالي.

وسيتعرض الباحث لنظرية (Ellis)، كونها النظرية المتبناة في العملية الارشادية للاسباب الآتية:

1- الارشاد السلوكي العقلاني الوجداني يعتمد على نحو كبير على السلوك (اللفظي، الفعلي).

2- تعتمد العملية الارشادية اساسا على العقل والتعقّل المنطقي.

3- يعدّ هذا الاسلوب من آساليب الارشاد المباشر.

4- يشمل العديد من الفنيات المستعملة في (المعرفية، الانفعالية، السلوكية).

5- تقترب هذه النظرية من الطريقة التي جاء بها كولبرك في التربية الأخلاقية.

الارشاد العقلاني الوجداني Rational Emotivp Therapy :

يرى (Ellis) أنّ الناس واقعيون أوغيرواقعينن، وأنّ معتقداتهم التي يعتقدون بها تؤثر على سلوكهم وانهم عرضة للمشاعر السلبية مثل القلق والعدوان والشعور بالذنب، بسبب تفكيرهم اللأواقعي وحالتهم الانفعالية، التي يمكن التغلب عليها بتطبيق قدرة الفرد على ادراك المواقف السلبية إذ يرجع (Ellis)الحالة الانفعالية الى احساس الفرد المدرك وتميزها عن حالة المشاعر الناتجة عن الموقف فإذا حدّث فرداً نفسه عن موضوع معين، أنه حسنٌ، أو أنه سيءٌ سيصبح جزءا من تفكيره وبالتالي سيؤثر على انفعالاته بدرجة عالية جداً.

إذ إنّ استمرارية الحالة العصبية الى تشوش صاحبها لسلسة من الافكار الخاطئة، التي يحدث الفرد نفسه بها، (لان الفرد يفكر بكلمات وجمل بصفة مستمرة)، ولتغيير مابداخل الفرد من مشاعر سلبية يحتاج الى البحث عن الجذور الأولى لهذه الافكار، ومحاولة تفسيرها. كما تعتقد النظرية ان الافراد الذين يفشلون من تغيير حديثهم مع انفسهم هم عادة:

1. اغبياء جداً لايفكرون جلياً أو إذكياء ولكن لايعرفون كيف يفكرون بوضوح.
2. انهم إذكياء وعندهم طريقة للتفكير، عصبيون لدرجة لايستعملون ذكائهم، بشكل جيد، لذا انهم يتصفون بالغباء مع إنّهم ليسوا أغبياء، ولديهم قدرات كافية لايدركونها، مما يسبب لهم الهزيمة والتعرض للاضطراب النفسي.

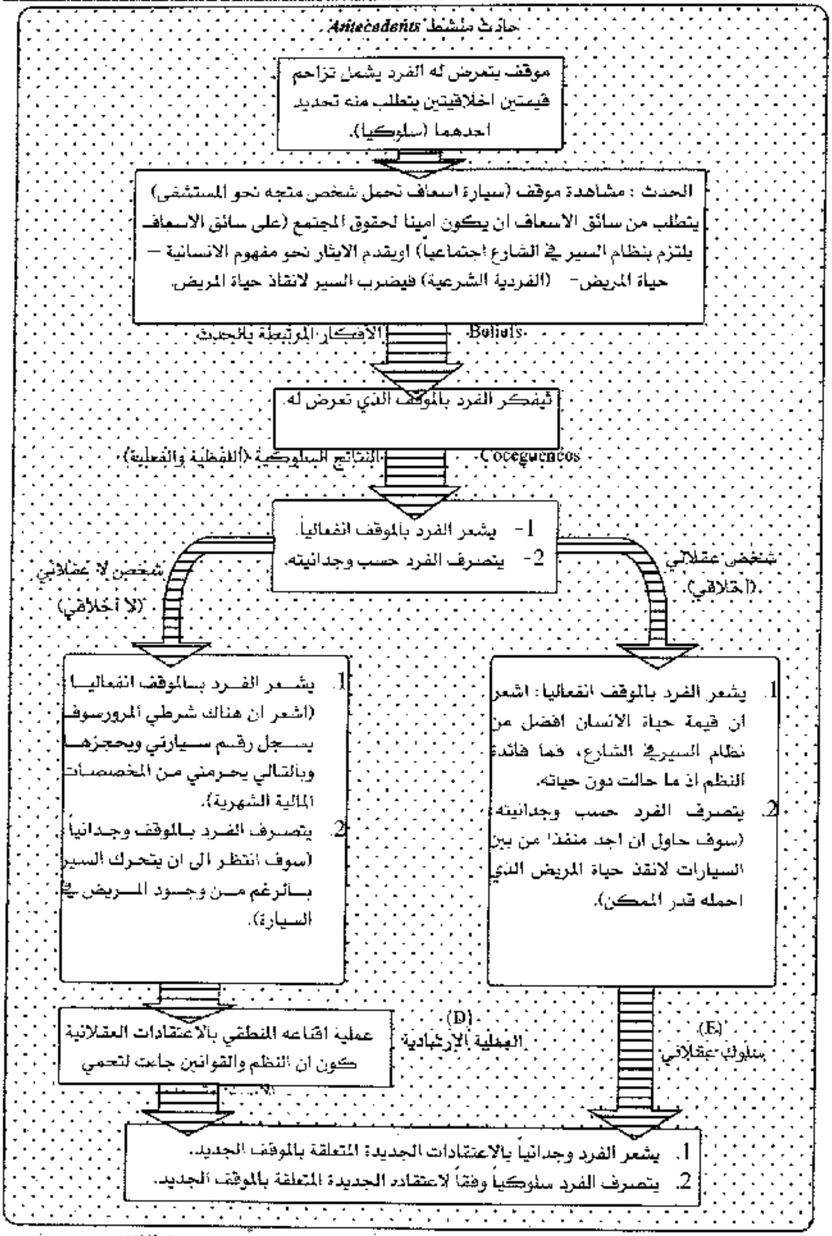
لذا فهو يعرّف العصبي بأنّه فرد فَقَدَ حالة الفهم والاستبصار في فهمه وهو ويؤذي نفسه والاخرين لاسباب غير عقلانية، فهو معاق انفعالياً ولايعرف كيف يفكر بوضوح ويرجع حالة عدم الفهم والاستبصار الى اكتساب الافكار السلبية خلال التنشئة الاجتماعية من الوالدين أولا، ثم من المجتمع المحلي ثانياً، وقد تم تطوير اسلوب ارشادي يمكن العمل بموجبه وفق هذا المنحنى العلاجي

(في ضوء ما يستند اليه من اسس ومبادئ) وفي هذا الصدد يعرض (د.رايدنويانكورا)، (Dryden & Yankura,1995) لتلك الخطوات التي تتضمنها العملية الارشادية في اطار الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي والتي تهدف الى مساعدة المسترشد كي يتغلب على مشكلاته السلوكية (الاخلاقية) وذلك من خلال استعمال نموذج (ABC) كاداة رئيسية لمساعدة كل من المرشد والمسترشد على فهم طبيعة المشكلات التي يعاني منها المسترشد وان يقوم بتقيمها، والمتمثلة في دحض الافكار اللاعقلانية التي يفتقدها المسترشد.

وتولى العملية الارشادية في هذا المسترشدين ثلاث عشرة خطوة اهتماماً كبيراً لتعليم المسترشدين ادراك العلاقة بين افكارهم أو تفكيرهم ومشاعرهم والتي تمثل جوهر الواجبات المنزلية (Homework assignments) في الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي وتتمثل الخطوات فيما يلي:

1. التعرف على المشكلة وتحديدها.
2. الاتفاق على الاهداف وتحديدها بما يتلائم مع طبيعة المشكلة.
3. تقييم النتائج المترتبة على المشكلة.
4. تقييم الاحداث المنشطة (المسببة للمشكلة).
5. تحديد وتقييم أي مشكلة انفعالية ثانوية.
6. تعليم المسترشد ادراك العلاقة بين الاعتقادات والنتائج.
7. تقييم الافكار والاعتقادات اللاعقلانية.
8. ربط الافكار والاعتقادات اللاعقلانية بالنتائج.
9. دحض الافكار والاعتقدات اللاعقلانية.
10. تهيئة المسترشد كي يعمق اقناعه باعتقاداته اللاعقلانية.
11. الواجبات المنزلية.
12. مراجعة الواجبات المنزلية.
13. تسهيل القيام بالعملية المستهدفة..

ويحدد (Ellis) درجة الاضطراب الانفعالي السلوكي (الاخلاقي) بدرجة اتجاهه نحو هذه الافكار الاخلاقية اللامنطقية وهو يرى ايضا ان الفرد لديه القدرة على أن يغير اتجاهاته الخاطئة إذا اصبحت واضحة لديه، ويمكن للمرشد ان يقوم بتوضيح هذه الاتجاهات والمعتقدات لدى المسترشد بتحليل اسباب الاضطراب الانفعالي، وهذا يتم بتحليل الخطوات التالية والتي اطلق عليها اسم نظرية (ABCDE Theory)، و(A) تعني العامل المنشط للاضطراب الانفعالي الاخلاقي والتي تتمثل في حدث أو موقف أو خبرة، (B) وتعني نظام المعتقدات أو تصور الفرد الاخلاقي لهذا الموقف، و(C) تعني الحالة الانفعالية التي يمر بها المسترشد أو ردة فعل الاخلاقي والتي تبدو للاخرين (التي تحدد سلوكه الاخلاقي المضطرب). (D) وهي دور المرشد في تحديد تفكير المسترشد والافكار اللامنطقية ومحاولة تعديلها (العملية الارشادية)، و(E) احداث التغيير (وصول المسترشد لحالة التغيير في الافكار اللاخلاقية - اللامنطقية). وكما بالشكل الاتي الذي اعده المؤلفان:



الشكل يظهر مخطط الارشاد العقلاني الوجداني وفقا لنظرية (Ellis)

البرنامج الارشادي النفسي:

يعتقد انصار النظرية التحليلية (الفرويديون) ونظرية التعلم الاجتماعي (السلوكيون) ان الاخلاق نسبية، اي انها تتحدد وفقاً للقواعد والمعايير والقيم التي تسود ثقافة معينة أو مجتمعاً معيناً (ليس هناك معايير عالمية للاحكام الاخلاقية)، الا ان انصار النظرية المعرفية، لاسيما كولبرك ورفاقه يعتقدون بوجود معايير اخلاقية مشتركة بين بني الجنس البشري، لكونهم يعتقدون بالتراكيب المعرفية للفرد اكثر من كونها استجابات ظاهرية والذي يتمثل مبدأ المنفعة الذاتية الفردية في صورة الفرد الانانية، والفرد الذي يحافظ على قيم المجتمع الذي ينتمي اليه صورته الاجتماعية، وإنّ مبدا العدالة وفكرة حياة الانسان هي القيمة العليا، التي تمثل صورة الفرد الشرعية. أو كما يسميها (Lind, 2000) الشجاعة الأخلاقية. ويقوم الاطار النظري في البرنامج الأخلاقي على مجموعة مفهومات اساسية والتي فرضتها النظريات المعرفية واكدتها الدراسات العلمية المتوالية منها: مفهوم مناقشة المواقف الاجتماعية (المعضلات الاخلاقي)، التي يتعرض لها الفرد إذ يعمل اسلوب المناقشة على استشارة الفرد للوصول الى المرحلة الاخلاقية التالية في التطور الأخلاقي، وهذا يتم بخلق الصراع في الاستدلال الاخلاقي وعدم التوازن بين مكونات (المبادئ) التي يتمثلها الموقف الخلقي، وذلك بتقديم معضلة اخلاقية (Moral Dilemma)، أو موقف افتراضي ويتم مناقشة فيما ينبغي القيام به ذاكرا المبرر الذي يوضح المبدا الاخلاقي القائم عليه التفكير.

وإنّ تعرّف وجهات نظر الاخرين، ووضع الفرد في المواقف الاجتماعية المختلفة، (كلما كانت قدرة الفرد على الرؤية واسعة لوجهات النظر المختلفة وفهم دوافع ومبررات الاخرين) قدرته على اصدار احكام اخلاقية اكثر نضوجاً، ويرى كولبرك أنّ من اهم العوامل البيئية التي تساهم في تيسير السبل لتنمية الحكم الاخلاقي عند الفرد، هو معدل الفرص التي تتاح لهم للتفاعل

الاجتماعي واخذ الادوار وتبادلها واعتقد بياجيه من قبل أنّ التعامل المتبادل واخلاقيات التعأون بين الاقران تطور النمو الاخلاقي للاكثر تعقيدا.

وانطلاقاً من نظرية الارشاد المعرفي (Cognitive counseling) في ايجاد برنامج نفسي شامل ينمي العمليات الاخلاقية الاربعة المجتمعة التي نادى بها (Rest) عند بنائه اختبار تحديد القضايا التي تمثل التفاعل بين مكونات الاخلاق المعرفية والانفعالية والسلوكية، إذ إنّ الجانب المعرفي يرتبط بالجانب الانفعالي والسلوكي، وبما أنّ الارشاد السلوكي المعرفي من الطرائق الحديثة في الارشاد، والقائم أساساً على علم النفس المعرفي (Cognitive Psychology) الذي يهتم بالعمليات المعرفية (الاحساس، الادراك، الذاكرة، التفكير، اللغة)، فهو يركز على أثر التشغيل المعرفي (Cognitive Processing) فيما يخص الانفعال والسلوك. إذ تتحدد الاستجابات الانفعالية وبالتالي السلوكية لشخص ما في موقف معين بالكيفية الادراكية والتفسيرات التي يبديها. والبرنامج الارشادي النفسي القائم قائماً على المفهومات المعرفية المعتمدة أساساً على السكيمات (المخططات) Schemas وقد تكون هذه المخططات العقلية (البنيات) توافقية/الاتساقية أو مختلفة / الموقفية وقد تكون محددة أو عامة.

ويؤكد (Beck,1989) أنّ الارشاد السلوكي المعرفي ينظر للشخصية على أنّها تعكس التنظيم والبناء المعرفي للفرد والذي يتاثر بالجوانب الاجتماعية ايضاً. وبالجملة فإن هدف الارشاد المعرفي في البرنامج القائم هو تصحيح المعالجة الخاطئة للمعلومات، ومساعدة المسترشد على تعديل الفرضيات التي تبقى على الانفعالات والسلوكيات حالة عدم التوافق وهذا يتم من خلال التخلص من الاعراض التي يؤدي لاختلال المنطق والتحذيرات (التعصبات) المتعلقة.

ويعد الارشاد العقلاني الانفعالي لـ(Ellis) المستعمل في البرنامج من النظريات الحديثة التي تأخذ مساحة واسعة في التطبيق المدرسي، إذ يعتقد (Ellis) أنّ السلوك الاخلاقي اللامنطقي المتعلم في وقت مبكر يستمر في الظهور

حتى إذا لم يعزز، وذلك لأنّ الافراد يستمرون في تعزيز انفسهم عن طريق اقناع انفسهم ومقأومتهم للمواقف المنطقية ولهذا كان يعلمهم كيفية تفكيرهم ليتفق مع الاسلوب العقلاني في حل المشكلات الاخلاقية، وشعر بأنّ 90٪ من الذين ارشدوا بهذه الطريقة اظهروا تحسنا ملموسا خلال عشرين جلسة فقط. ومما سبق يستنتج الباحث أنّ البرنامج الارشادي الاخلاقي النفسي يقوم على الافتراضات الآتية:

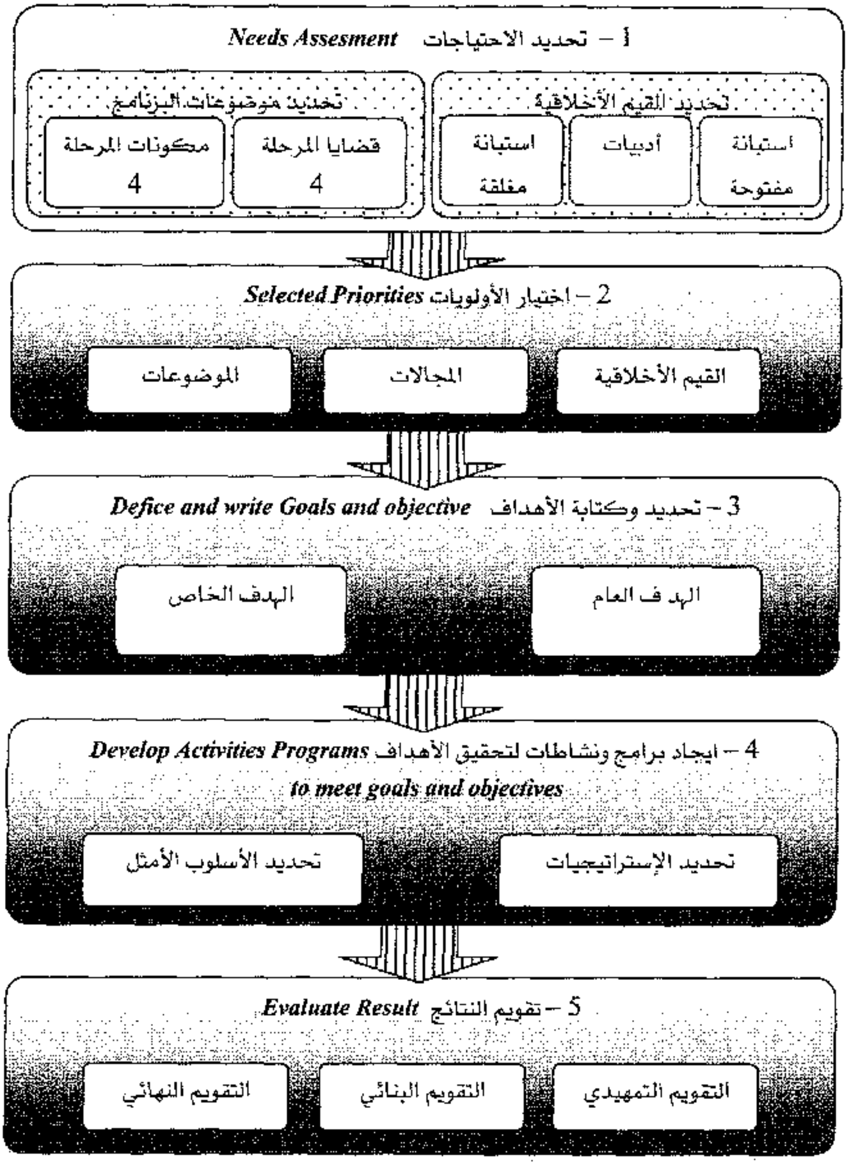
1. ان السلوك الاخلاقي حصيلة تفاعل الجانبين (المعرفية، الانفعالية)، الناتج عن محاولة حل الصراع المعرفي الاخلاقي، إذ إنّ التفكير والعاطفة هما عمليتان لايمكن الفصل بينهما فالتفكير يؤدي للعاطفة ويمكن ضبطها من خلاله.
2. إنّ السلوك الاخلاقي العقلاني مبني اساساً على الادراك المنطقي للمواقف المختلفة، فالانسان عقلاني ولا عقلاني في ان واحد فعندما يفكر ويتصرف على نحو العقلانية فانه يكون فعالا وسعيدا ونشطاً، وان سبب اصدار حكم اخلاقي متدني هو التفكير اللاعقلاني (اللامنطقي) مسببا اضطراب عاطفي، وهو كل ما يقوله الفرد لنفسه من جمل وكلمات خاطئة، وبالتالي فإنّ الاحداث الخارجية ليست هي المسؤولة عن الحكم الاخلاقي المتدني.
3. إنّ البرنامج الارشادي القائم على أساس مهاجمة الافكار السلبية وذلك باعادة تنظيم الادراك والتفكير ليصبح الفرد فيها منطقياً ومتعقلاً.

تخطيط البرنامج الارشادي:

يعد التخطيط صفة أساسية من صفات برنامج التوجيه والارشاد، إذ يقوم التخطيط على عدة خطوات اساسية وتوفر كل خطوة من تلك الخطوات المطلوبة قاعدةً للخطوة الاخرى التي تليها وإن هناك العديد من نماذج التخطيط منها نموذج التخطيط وقد حدد الباحث آنموذج التخطيط والبرمجة الميزانية نظاماً للتخطيط

للبرنامج الحالي، إذ يعد هذا النوع من الاساليب الادارية الفعالة في التخطيط، كونه يسعى للوصول الى اقصى حد من الفعالية والفائدة باقل التكاليف، وتتلخص خطواته فيما ياتي:

1. تحديد الاحتياجات: ويمكن الحصول على الاحتياجات من خلال العديد من الطرق مثل الاستبانة (المفتوحة والمغلقة)، المناقشات، الملاحظة، مدأولة المختصين... الخ، ومن خلال هذه المعلومات التي تمثل مجموعة من الاحتياجات يتم تحديد اتجاه البرنامج ونوع الخدمة الارشادية اللازمة.
2. اختيار الأولويات: ويتم من خلال هذه الخطوة ترتيب الحاجات حسب اهميتها ومنطقيتها والحاجة الماسة لها.
3. تحديد الاهداف وكتابتها: وهذا يتم عن طريق صياغة الاهداف (الخاصة والسلوكية) بناءً على الحاجات، وهي خطوة مهمة جداً للبرنامج، إذ تعطي الفكرة الواضحة عن البرنامج ومحتوياته.
4. ايجاد برامج ونشاطات لتحقيق الاهداف: يتم فيها تحديد النشاطات للاشخاص الذين يقومون بها وتنفيذها ضمن الجدول الزمني والتكاليف التقديرية لتلك الانشطة.
5. تقويم البرنامج: ويتم هذا بربط الحاجات بالانجازات، وايجاد الفهم الناضج والتعأون المستمر بين الافراد والعاملين في العملية الارشادية، والوصول لقرارات جيدة صادقة وثابتة. والشكل التالي يوضح مخطط البرنامج الارشادي النفسي المستعمل.



شكل يوضح خطوات التخطيط البرنامج الارشادي الأخلاقي وفقاً لأنموذج الدوسري

الفصل الخامس
آثار الضوضاء
في الصحة العامة
والنفسية للفرد والمجتمع



5

الفصل الخامس

اثار الضوضاء في الصحة العامة والنفسية للفرد والمجتمع

مدخل الى علم الصوت

الضوضاء صوت مزعج وغير مرغوب فيه وهي من أهم العوامل الفيزيائية لتلوث البيئة لذا علينا ان نستعرض نبذة مختصرة عن الصوت، وقبل البدء بالصوت نتوقف للتعرف على المصطلحات الفيزياوية والنفسية للصوت، ونرى ان طبيعة المصطلحات الفيزياوية للصوت تختلف عن طبيعة المصطلحات النفسية للصوت، ويرد في المصطلحات الفيزياوية مصطلح الشدة intensity يقابله مصطلح العلو loudness نفسياً، ومصطلح التردد frequency فيزياوياً يقابله طبقة الصوت نفسياً pitch of sound ومصطلح الطيف spectral فيزياوياً يقابله نغمة الصوت او نوعه quality of soud نفسياً.

فقد تسآل الناس قديما عن لغز يتعلق بطبيعة الصوت بقولهم اذا سقطت شجرة في غابة ولم تكن هناك اذن تسمع فهل يتولد الصوت؟ للاجابة على هذا السؤال لابد من التعرف على الصوت اولاً. فاذا اخذنا الناحية الفسلجية وجدنا بان هناك ثلاثة متطلبات لحدوث الصوت:

1. مصدر يولد الصوت.
2. ووسط ينقله.
3. واذن تعيه. (النقيب، 1982، ص13)

اما من الناحية الفيزيائية فالصوت، هو سلسلة من التضاغطات والتخلخلات تنتقل في الاوساط المادية التي تصل الاذن وتتحسس بها فالموجات الصوتية التي يولدها الجسم المهتز في الهواء هي سلسلة من التغيرات في ضغط الهواء، تسببها حركة جسيماته المهتزة عن مواضع استقرارها فتولد الاحساس

بالصوت بوساطة الاذن، وان عدد الذبذبات التي تتحسسها الاذن البشرية في الثانية الواحدة تتراوح بين (20- 20.000) ذبذبة في الثانية (هيرتز).

خصائص الصوت Sound Characteristics

تختلف الاصوات بعضها عن بعض بخصائصاساسية وهي:

1. علو الصوت (شدته) loudness of sound.
2. درجة الصوت (تردده) pitch of sound.
3. نوع الصوت (طبيعة المصدر وطريقة توليد الصوت) Quality of sound.

ويضيف Turner اليها الاستمرارية Duration

شدة الصوتintensity :

هي ارتفاع الصوت loudness او الضغط pressure. (Baker, Ukn. D., P.1) وتعرف بكمية الطاقة الصوتية التي تسير عبر المسافة ومدتها وتقاس بوحدة الواط/متر مربع (W/m2) وتقل شدة الصوت بوصفه دالة لمربع المسافة بين مصدر الصوت والمستمع. اذ اننا نلاحظ ان شدة الصوت تقل كلما ابتعدنا عن مصدر الصوت وذلك لان القدرة الكلية للموجه ثابتة، أي عندما تتضاعف المسافة فإن الهبوط في شدة الصوت يصل الى النصف.

واهم توضيح لذلك هو قياس ضغط الصوت للضوضاء الذي تولده وسائط النقل عند الطرق السريعة فعلى بعد سبعة امتار منه تبلغ شدة الصوت (dB78) وعلى بعد (14/م) تبلغ (75dB) وعلى بعد (28م) تبلغ (72dB). وتعرف هذه الظاهرة بظاهرة دوبلر، فحينما تتحرك سيارة باتجاهك فإن موجات الصوت تصلك بسرعة اكثر وحينئذ ترتفع طبقة الصوت وعندما تبتعدعنك السيارة فإن موجات الصوت تصلك ببطء اكثر وحينها تتلاشى ذروتها لانها في الحقيقة تولد ذبذبات الصوت نفسها ليس الا ولكن موجات الصوت تكون قصيرة حالما تقترب

السيارة ويكون الصوت ذا طبقات عالية، وحالما تبتعد فإن موجات الصوت تكون طويلة وحينها يكون الصوت ذا طبقات واطئة.

ويوصف الصوت عادة بدلالة علوه (ارتفاعه) ولكن هذه السمة لايمكن قياسها فهي احساس يشعر به السامع تجاه قوة الصوت عليه وهو تعبير نسبي يعتمد على المستمع وان ارتفاع الصوت يختلف عن ضغط الصوت ولاينسجم معه فمثلاً يظهر صوت بضغط ثابت قدره 60dB وكأنه اعلى للمستمع عندما تكون ذبذبته 1000Hz، ولكنه اهدأ عندما يكون التذبذب 100Hz وبالمقابل فإن صوتاً بتذبذب 20 Hz يجب ان يكون ضغطه 80dB لكي يكون مسموعاً ولكن صوتاً بتذبذب 2000Hz يكون مسموعاً عند ضغط 20dB.اذ يزداد علو الصوت بازدياد شدة الصوت عند ثبوت التردد وان العلاقة بين الشدة والعلو ليست علاقة طردية، وانما هي علاقة لوغارتيمية، فمستوى الشدة يقاس بما يعرف بوحدة (الديسبل Decible dB) وان اضعف صوت يمكن للاذن سماعه هو (dB صفر) وسمي بعتبة السمع واقصى صوت يمكن سماعه من دون ان يحدث الماً هو (120dB). وان زيادة صغيرة في dB يمكن ان تمثل زيادة كبيرة في الطاقة الصوتية فزيادة 3dB تمثل مضاعفة طاقة الصوت doubling of sound energy وزيادة (10dB) تدركها الاذن البشرية على انها مضاعفة في علو الصوت (doubling of loudness).

واكثر الاصوات خطورة للاذن هي العالية الشدة والعالية التردد وذلك لان عدداً كبيراً من الموجات الصوتية يرسل الى الاذن بقوة اعظم من قوة تحمل الاذن.

التردد Frequency **او درجة الصوت** Pitch of sound

وهي سمة الصوت التي تعتمد على تردد الموجات الواصلة الى الاذن فتميز الاصوات الرفيعة (الحادة) من الاصوات الغليظة فصوت المرأة مثلا اعلى درجة من صوت الرجل، لان تردد صوت المراة اكبر من تردد صوت الرجل، وان درجة الصوت لا تعتمد على علوه بل درجة الصوت تزداد بازدياد تردده. والتردد فيزيائياً

عبارة عن عدد الدورات التي تمر في نقطة معينة في الثانية الواحدة ويقاس التردد بوحدة الهيرتز (Hz/(Hertz.

وان اغلب الناس يستطيعون سماع الاصوات التي يقل ترددها عن20 دورة/ثا وتسمى هذه العشرون بالحد الادنى للسمع (Lower Limit of audibility) وبالمقابل هناك حد اعلى للسمع (Upper Limit of audibility) وهو عند اغلب الناس 20.000 دورة/ثا وان الاعصاب السمعية لا تستطيع الاستجابة للاهتزازات السريعة جداً التي تتجاوز حداً معيناً، وهناك فروق كبيرة[1] في مقدرة الافراد المختلفين على سماع الترددات العالية والواطئة.

نوع الصوت Quality of Sound

هناك بعض الاصوات الصادرة عن الالات الموسيقية المختلفة تمكن الاذن من تمييز نوعها، فهي تميز صوت الكمان عن صوت العود حتى عند تساويهما بالتردد والشدة. والحال نفسه مع اصوات اخرى يمكن تمييزها.

الاستمرارية Duration

الجانب المهم الاخر هو دوام الصوت وبقائه وتوزيعه عبر الزمن، فالاصوات المستمرة continuous لا تتغير تردداتها وعلوها عبر الوقت مثل الشلالات (تستمر على وتيرة واحدة طول الوقت) ولكن الاصوات المتقطعة (intermittent) تترك اوقاتا من الهدوء مثل رنين الهاتف وطيران الطائرة. والاصوات المندفعة

---

(1) وتختلف المخلوقات الاخرى عن الانسان في قابليتها على سماع الطبقات الصوتية الاكثر ارتفاعاً.

- الخفاش 120.000 Hz.
- الفأر Hz100.000 .
- الكلب 35.000 Hz.
- القط Hz25.000 .(موسوعة الراصد للعلوم، 2000).

(impulsive)لها مستوى شدة عال مع استمرار قصير جداً (مثل انطلاق رصاصة من مسدسوالتصفيق) اما الاصوات المتقلبة (fluctuating) فهي تتفاوت في مستوياتها عبر الزمن مثل ضوضاء المرور.

عتبة السمع Threshold of Hear

من اجل فهم العتبة هناك منظوران لتفسيرها الاول النظرية الفيزيائية النفسية التقليدية والثانية نظرية معالجة المعلومات المعاصرة.فالنظرية التقليدية تضع اهتمامها الاول على المثير نفسه مثل (الصوت) وعلى قيم العتبات المقسمة (شدة الصوت) تلك التي تحفز الاحساس وتلك التي لاتقوم بذلك. ومن المهم ملاحظة بان مؤيدي النظرية التقليدية يعتقدون بان الحاجز بين هذه القيم يجب ان يثبت في اية لحظة (العتبة الوقتية المطلقة). فيما يرى منظرو معالجة المعلومات المعاصرة انه ليس هناك مثل هذه القطعات (cutoffs) لقيم عتبة المثيرات. ونظرية تتبع الاشارة Detection Theory تقول بان المراقب دائما يفسر خبراته الحسية ويقرر فيما لو كانت حاصلة بسبب مثير معين او عوامل اخرى مثلاً (النشاط العصبي التلقائي spotaneous neural activity) فالقرار اذن يحدد عن طريق خبرة المراقب بموقف المثير واتجاهاته، فمثلا نرى ان ادراك ضوضاء المرور سوف يكون مختلفا لصانع السيارات وذلك المواطن الذي لايحب السيارات، لذلك فإن محصلة اختيار العتبة سوفيعتمد بشكل جزئي على قيم المثير وجزئياً على معيار استجابة الملاحظ.

1. نبرات صافية **pure tones**: ان ابسط انواع شكل الموجة هي تلك التي لها نبرة (بسيطة) صافية. ان النبرة الصافية هي موجة صوتية يكون فيها ضغط الصوت على شكل منحني جيبي للزمن.



شكل(3) النبرة المعقدة



شكل (4) الضوضاء

2. **النبرات المعقدة Complex tones**: ان النبرة المعقدة هي موجة صوتية ذات شكل موجي متكرر يحوي على مكونات منحنية جيبية بسيطة لترددات مختلفة.

3. **الضوضاء Noise**: تعرف الضوضاء فيزيائيا بأنها صوت ذو شكل موجي غير منتظم، بمعنى اخر صوت لا يظهر أي تكرار لنمط زمني كما في الشكل.

وبناء على ذلك، ليس للضوضاء تردد اولي، على الرغم من ان الضوضاء تحوي على العديد من الموجات ولكنها ليست مترابطة ومتممة. وهناك نوعان من الضوضاء تستعمل في الغالب في التجارب النفس- صوتية psychoacoustics وهما:

1. الضوضاء العشوائية (Random Noise)2. الضوضاء البيضاء (White Noise)(1)

---

(1) الضوضاء البيضاء: نوع من انواع الضوضاء ينتج من اتحاد ترددات مختلفة من الاصوات مع بعض. وصفة الابيض (white) المستعملة لوصف هذا النوع من الضوضاء يعود الى ان الضوء الابيض (white light) هو مجموعة مختلفة من الالوان colors مجتمعة مع بعض combined togetherاما في الصوت فهو مجموعة ترددات (frequences). والموشور يحلل اللون الابيض الى عناصره الرئيسة من الالوان. وكذلك وبالطريقة نفسها فإن الضوضاء البيضاء white noise هي جمع الترددات المختلفة من الصوت جميعها ويمكن ادراك ذلك بـ 20.000 نغمة tones جميعها معزوفة في الوقت نفسه وبما ان الضوضاء البيضاء تضم كل الترددات فإنها تستعمل قناعا mask (لتقنيع اصوات اخرى) فاذا كنت في غرفة احد الفنادق واخترقت غرفتك اصوات من خارج الغرفة فبامكانك تشغيل المروحة لحجب الاصوات.=

=فالمروحة تنتج ضوضاء بيضاء (مستوى تقريبي جيد من الضوضاء البيضاء) ولتوضيح لماذا الضوضاء البيضاء تحجب الاصوات؟ نضرب المثال الاتي: اذا كان هناك شخصان يتحدثان في وقت واحد فإن الدماغ brain يستطيع ان يلتقط "pick out" واحدا من هذين الصوتين ويصغي

قياس الضوضاء Measuring of Noise

تقاس الضوضاء عادة بما يعرف بجهاز قياس شدة الصوت (Sound Level Meter) وهنالك ثلاث شبكات توازن مجهزة في عدادات قياس مستوى الصوت المعيارية(Standard Sound Level Meter) وهي (A،B،C) وان شبكة التوازن (A) هي الاكثر فائدة في عداد قياس مستوى الصوت لقياس التجاوب البشري وهو يشير الى توازن (A) لمستوى الصوت ويختصر اعتيادياً على شكل (dBA).

تشريح الاذن

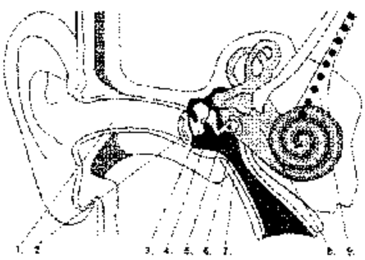
عند بحث موضوع الضوضاء واثرها في الصحة نجد ان اهم تاثير لها هو انها تؤدي الى الصمم وعليه فمن الضروري دراسة تشريح الاذن البشرية.

تقسم الاذن الى ثلاثة اجزاء رئيسة:

1. الاذن الخارجية The outer ear

2. الاذن الوسطى The middle ear

3. الاذن الداخلية The inner ear



شكل (5) الاذن

اليه ويفهمه واذا كان هناك ثلاثة اشخاص يتحدثون في الوقت نفسه يبقى الدماغ قادرا على التقاط واحد من هذه الاصوات. ولكن اذا كان هناك 1000 شخص يتحدثون في وقت متزامن فلا يوجد هناك طريق لدماغك لالتقاط أي صوت.

لذلك عندما تدير المروحة لتنتج (creat) ضوضاء بيضاء فإنك تنشأ بصورة اساسية مصدرا من 1000 صوت والصوت خارج الغرفة يجعلها 1001 صوت و دماغك لا يستطيع ان يلتقط أي شيء اضافي بعد ذلك.

الاذن الخارجية The outer ear

تلتقط الاصوات من العالم الخارجي بوساطة الاذن الخارجية، التي تتركب من الصيوان (pinna)[1] (والقناة السمعية ear canal [1]). وعندما تدخل الموجات الصوتية داخل الاذن تقوم القناة السمعية بزيادة علو طبقة الصوت لتجعل عملية فهم الكلام اسهل، والجزء المهم الاخر هو (طبلة الاذن eardrum[2]) وهو غشاء رقيق مستدير مرن يهتز عندما تلامسه الموجات الصوتية وهو يفصل بين الاذن الخارجية وتجويف الاذن الوسطى فهو يمثل الحدود الخارجية للاذن الوسطى.

الاذن الوسطى The middle ear

ان تذبذب الصوت يستمر في رحلته داخل الاذن الوسطى التي تتألف من عظيمات صغيرة وهي (المطرقة hammer[3]، والسندان anvil[4] والركاب stirrup [5]). مشكّلةً جسراً يمتد من طبلة الاذن الى الاذن الداخلية inner ear وهي ايضاً تكبر الصوت قبل ان ترسله بأمان الى الاذن الداخلية عن طريق النافذة البيضوية oval window[6] وان مساحة سطح طبلة الاذن تساوي 30 ضعف حجم العظم الركابي وهذا يعني ان الضغط على النافذة البيضوية سيكون 30 مرة اكثر من الضغط الموجود على طبلة الاذن. وتستند هذه العظام الى عضلتين تسمح لها عادة بالحركة الحرة وهي العضلة الطبلية الموترة Tension Tympani Muscle والعضلة الركابية Stapedius Muscle، ولكنها تضيق وتقلل حركة العظام عندما يصبح الصوت عالياً.

فعندما تستلم الاذن الضوضاء التي تزيد على 90dB لمدة اطول من (Milli seconds 10 من الثانية) يتقلص غشاء الطبلة وهذا بطبيعة الحال يقلل من الطاقة الصوتية المستلمة وبذلك تقل حركة العظام السمعية وهذا يقلل من انتقال الصوت الى الاذن الداخلية ويعرف هذا السلوك بالانعكاس السمعي aural reflex وتعمل

---

(1) الصيوان (pinna): وهو الجزء المرئي والبارز على جانبي الراس وهو غضروفي ومغطى بالجلد.

الاذن بميكانيكية مختلفة فيما يتعلق بالاصوات التي تزيد على (dB-140) في هذه الحالة تغير عضلات الاذن الوسطى تجاه حركة العظام السمعية وتؤدي هذه الحالة الى نقصان مفاجئ في شدة الضوضاء التي تصل الاذن الداخلية. كلا هذين الانعكاسين الاحترازيين لهما تاثيرات محددة تجاه الضوضاء العالية وتكون فعالة لمدة زمنية قصيرة جداً.

اما الجزء الاخر من الاذن الوسطى فهو قناة اوستاكي Eustachain tube [7] وهي عبارة عن قناة تصل الاذن الوسطى بالحنجرة تكون هذه القناة مغلقة في الحالة الاعتيادية ولكنها تفتح عند البلع بوساطة تقلصات عضلة الحنك الموترة Tension palati Muscle. ووظيفة هذه القناة هي السماح للهواء بالدخول الى الاذن الوسطى لتجعل حركة غشاء الطبلة والعظيمات حرة ولتقوم بتعديل الضغط الواقع على جانب الطبلة من الاذن الخارجية.

الاذن الداخلية The inner ear **او القوقعة** Cochlea[8]

وهي تشبه الصدفة المستديرة circular shell الموجودة في الحلزون snail وهي تضم نظاماً من القنوات مملوءة بالسائل fluid-filled وعندما تمر الموجات الصوتية عبر النافذة البيضوية، يبدأ السائل بالحركة محركاً الخلايا الشعرية hair cells المحيط بها والمستقرة على الغشاء القاعدي basilar membrance وبالمقابل تتحرك الشعيرات او الاهداب cilia البارزة من الخلايا الشعرية متأثرة بذبذبات الصوت او عند حركة الراس وان حركة هذه الاهداب يقود الى فتح قنوات ايونية موجودة في الخلايا. محولة الترددات او الذبذبات الى اندفاعات كهربائية ترتحل على طول العصب السمعي Auditor nerve[9] ومنه الى الدماغ، وان كيفية تفسير الدماغ لهذه الاندفاعات العصبية يبقى سرا من اسرار الخالق.

وتتالف الاذن الداخلية من القنوات نصف الدائرية (الهلالية) semicircular canals التي تلتف بطرق عدة داخل الجمجمة وهي مسؤولة عن التوازن. وهي جزء

من جهاز التوجيه (فهي تحتوي على جزئيات دقيقة من الغبار)، اما الجزء المتعلق بعملية السمع او المسؤول عن السمع فهو القوقعة.

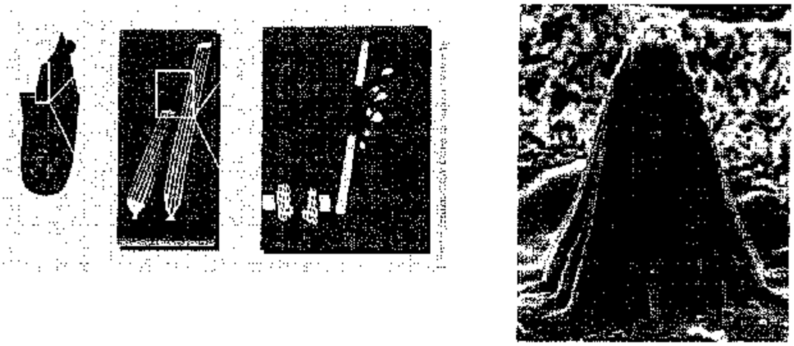
وان القوقعة مملوءة بسائل ومقسمة الى قسمين بالطول بوساطة الغشاء القاعدي. وان الغشاء القاعدي تسنده جوانب القوقعة ولكنه غير مسحوب بشدة، وان الصوت القادم الى القوقعة عن طريق النافذة البيضوية يمدد الغشاء القاعدي وينصب set up موجات صوتية على طوله.

وعلى خلاف الانواع الاخرى من الخلايا الحسية المستقبلة، لا تعتمد الخلايا الشعرية على سلسلة من التفاعلات الكيميائية لتوليد اشارة. فالخلايا البصرية في العين على سبيل المثال: تتطلب من التفاعلات المعقدة مع البروتين G والى مرسل ثان قبل غلق قنواتهم الايونية لارسال رسالة او اشارة الى الدماغ. ان هذه العملية بطيئة جدا موازنة بعملية السمع. اذ يجب ان تحتوي الخلايا الشعرية تقنية تسمح لقنواتها الايونية بأن تفتح وتغلق بسرعة تفوق أية خلايا حسية مستقبلة ولذلك فإن الخلايا الشعرية تستعمل شيئاً يشبه كثيراً الحلزون (الزنبرك spring) الذي يفتح قنواتها عندما تنحني الاهداب، من دون الحاجة الى تبادل كيميائي يستهلك الوقت.

ان (Corey & Hudspeth) اول من افترضا ان تقنية الحلزون (الزنبرك gating Spring) والتي وجدت في اوائل الثمانينيات 1980's. وافترضا ان الخلايا الشعرية لها نوع من القناة الايونية لم يكن معروفا من قبل وهي قناة تتنشط مباشرة بقوة ميكانيكية. كما طورا نظرية فيزيائية حياتية (biophysical theory) لتفسير استجابة الخلايا الشعرية السريعة. ولكن نظريتهم لم تخبرهم اين تقع القنوات او ماذا كان الحلزون (الزنبرك). وعن طريق قياس المجال الكهربائي electrical field الذي يحيط بالاهداب عبر قطب كهربائي electrode وجد Hudspeth انخفاض قليل جدا في الجهد الكهربائي (الفولتيةvoltage) عند قمة الاهداب، كما لو ان التيار قد انجرف الى داخل دوامة دقيقة. وقد قاده هذا

الى استنتاج مفاده ان القنوات، التي كانت تنتقل عبرها الجزيئات المطلقة الى الخلية عن طريق تغيير جهدها الكهربائي، تمركزت على قمة الهدب.

ثم استنتج ان الحلزونيات البوابية التي فتحت هذه القنوات تمركزت هناك ايضا. ولوحظت الزنبركات springs اول مرة في عام 1984 في صور مجهرية الكترونية اخذها جيمس بكلز James Pickles ورفاقه في انكلترا. وهذه الروابط القمية tip links ، التي هي عبارة عن شعيرات دقيقة، كانت تربط كل هدب مجسم الى جارها الاكثر طولاً. كما موضح بالشكل (7).



شكل (7)

الخلايا الشعرية وتقنية الزنبرك

الاعصاب السمعية والدماغ Auditory nerves and thebrain

ان الايعازات العصبية تنقل من الاذن الى الدماغ بوساطة الاعصاب السمعية، واحد الاعصاب هذه موجود في مجموعة تعرف بالاعصاب الجمجمية (القحفية) cranial nerves. فالاعصاب السمعية تربط الايعازات العصبية للاذن بالفص الصدغي temporal lobe للقشرة الدماغية cerebral cortex وتنتقل الايعازات العصبية عبر الخلايا العصبية neurons بعملية كهروكيمياوية electro-chemical أي ان الخلايا العصبية ذاتها توفر الطاقة المطلوبة لتوجيه الايعازات عبر الاعصاب. فالايعازات العصبية لا تنتقل بسرعة التيار الكهربائي،

وانما تتحرك حوالي 3.25 الى 3.95قدم/ثانية. وترتحل الايعازات العصبية فوق العديد من الخلايا العصبية في طريقها الى الدماغ. وتعمل الخلايا العصبية معا لنقل الايعازات عبر المحاور العصبية axoms الى تفرعات الخلايا العصبية dendrites. وان تفرعات الخلية العصبية الواحدة تتصل مع تفرعات خلية عصبية اخرى عن طريق نقطة الاشتباك العصبي synapse. ان هذا الشكل المجوف يتواصل عبر اطلاق مادة كيمياوية مرسلة/انتقالية chemical transmitter substance.

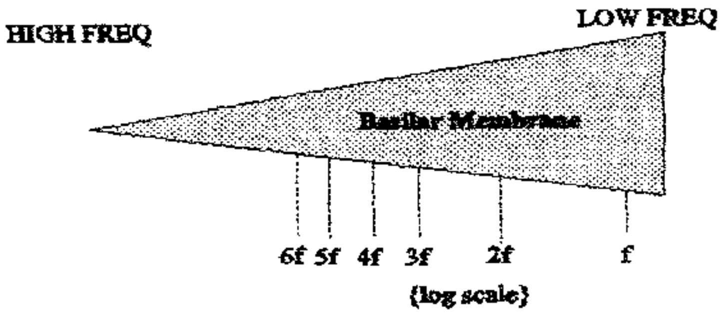
نظريات ادراك الطبقة الصوتية Theories of Pitch Perception

هناك نوعان مختلفان من النظريات لتفسير كيفية تحويل الاذن التردد الى طبقة صوتية، النوع الاول من ادراك الطبقة الصوتية يعود الى عام 1683 عندما افترض "جوزيف كيشارد دوفيرني" "Joseph Guichard Duverney" عالم ذرة فرنسي ان التردد ترجم الى طبقة صوتية بشكل ميكانيكي عن طريق الرنين "resonance".

لقد وضع نظريا ان الاذن تحتوي على مركب يشبه الالة الوترية، وتتناغم مختلف اجزاء هذا المركب مع مختلف الترددات، بحيث عندما يقدم تردد الى الاذن يهتز الجزء المتجاوب من المركب كما هو الحال عندما تضرب شوكة رنانة بالقرب من الة البيانو، فإن وتر البيانو المتناغم مع الشوكة الرنانة يبدا بالاهتزاز. وقد تبين ان هذه النظرية صحيحة؛ وتبين ان المركب هو الغشاء القاعدي، والذي يتسم بانه مستمر على خلاف مجموعة من الاوتار وفي القرن التاسع عشر طور هلمهولتز "Hermann von Helmholtz" 1880's فرضية الرنين الى نظرية الموقع place theory لادراك الطبقة الصوتية. التي تفترض باننا نسمع طبقات صوتية مختلفة وذلك لان الامواج الصوتية بمختلف ترددات‌ها تطلق نشاطا في مناطق مختلفة في الغشاء القاعدي لقوقعة الاذن. وهكذا فإن الدماغ يمكنه

ان يحدد الطبقة الصوتية للصوت عن طريق التعرف على المكان في الغشاء القاعدي الذي يستلم منه الاشارات العصبية.

ولم تثبت حركة الغشاء القاعدي الا في العقد الرابع من القرن الماضي عندما قام جورج فون بيكيسي "Georg von Bekesy" بعمل حفر صغيرة في قوقعة آذان الخنازير ونظر الى الداخل بوساطة المجهر. واكتشف ان الامواج ذات التردد العالي تؤدي الى اهتزاز النهاية القاعدية الضيقة للغشاء، وبزيادة الترددات يتحرك نمط الاهتزازات الى النافذة البيضوية وبهذه النظرية حصل bekesy على جائزة نوبل 1961.



شكل (8)

الغشاء القاعدي / دراك طبقة الصوت

وبينما تستطيع نظرية المكان (الموقع) شرح الطريقة التي نميز بها الطبقات العالية، الا انها تواجه مشكلة مع الاصوات ذات الترددات المنخفضة، اذ ان اجزاء الغشاء القاعدي جميعها تهتز بشكل تقريبي بالدرجة نفسها مع الترددات التي تكون اقل من Hz50. ويشير هذا الى اننا لانستطيع ان نميز بين الترددات التي تكون تحتHz50. وعلى الرغم من ذلك فإننا في الواقع نستطيع ان نميز بين الترددات التي تصل الى Hz20. وتبين ان الترددات المتوسطة تؤدي الى اهتزاز

الغشاء الموجود في القوقعة الوسطى والترددات المنخفضة تسبب اهتزاز الغشاء بأكمله.

اما النوع الثاني من النظريات فهو يتعلق بنظرية التردد التي تأصلت مع اللورد روذرفورد Rutherford عالم فيزياء بريطاني عام 1886 واقترح:

أ. ان الامواج الصوتية تسبب اهتزاز الغشاء القاعدي باكمله، وان معدل الاهتزازات يطابق تردد الصوت.

ب. ان المعدل الذي يهتز على وفقه الغشاء يحدد معدل الايعازات للالياف العصبية في العصب السمعي.

وهكذا فإن نبرة ذات 1000/هيرتز تسبب اهتزاز الغشاء القاعدي 1000/مرة في الثانية، التي تؤدي الى اطلاق الالياف العصبية الموجودة في العصب السمعي 1000 ايعاز(impulses) في الثانية، ويقوم الدماغ بترجمة هذه الى طبقة صوتية معينة ولان هذه النظرية تقترح بأن الطبقة الصوتية تعتمد على كيفية تنوع الصوت مع الزمن فإنها تسمى النظرية الزمنية temporal theory.

ولكن فرضية Rutherford theory واجهت مشكلة رئيسة. اذ ظهر ان الالياف العصبية لها معدل اطلاق اقصى هو 1000 ايعاز في الثانية، وذلك ما لم يترك للنظرية الزمنية أية طريقة لشرح كيفية ادراكنا الطبقة الصوتية للنبرة التي يزداد ترددها عن 1000/هيرتز. واقترح Waver 1949 طريقة لاصلاح وانقاذ النظرية الزمنية. فقد ناقش موضحا ان الترددات التي هي اكثر من Hz/1000 يمكن ان تترجم عن طريق مجموعات مختلفة من الالياف العصبية، اذ تقوم كل مجموعة بالاطلاق بسرعة مختلفة قليلا جدا. فاذا قامت مجموعة من المراكز العصبية باطلاق 1000 ايعاز في الثانية على سبيل المثال، ثم وعن طريق مليثانية لاحقة تقوم مجموعة اخرى من المراكز العصبية باطلاق 1000 ايعاز في الثانية، يكون المعدل المجتمع للايعازات في الثانية للمجموعتين 2000 ايعاز في الثانية. وعلى أية حال تتعطل قابلية الالياف العصبية لمتابعة الشكل الموجي عند 4000

هيرتز ومع ذلك يمكننا سماع نبرة عند تردد اعلى من ذلك بكثير، وهكذا فإن النظريات الموقعية تواجه مشكلة في تفسير ادراك النبرات ذات التردد المنخفض. بينما تواجه النظريات الزمنية (الترددية) مشكلة في تفسير النبرات ذات التردد العالي. وهذا قاد الى فكرة ان الطبقة الصوتية تعتمد على نمط كل من الموقع والزمن النظرية المزدوجة duplicity theory.

اثر الضوضاء في الصحة Effects of Noise on Health

من الممكن تقسيم اثر الضوضاء في الصحة الى قسمين:

اولاً: اثر الضوضاء في حاسة السمع (فقدان السمع hearing loss).

ثانياً: اثار الضوضاء غير السمعية (Non Auditory Effects).

اولاً: اثر الضوضاء في حاسة السمع (فقدان السمع Hearing loss).

تهاجم الضوضاء العالية الخلايا الشعرية الرقيقة في الاذن الداخلية فتحدث خسارة سمع نوعي Noise-Induce Hearing Typically يحدث تدريجياً ومن دون الم فبعد التعرض للضوضاء يشعر الشخص بدق في الاذن او صعوبة في السمع وتسمى هذه الحالة نوبة العتبة المؤقتة temporary threshold shift، وبعد بضع ساعات او في بعض الحالات بعد بضعة ايام يعود السمع الى طبيعته وبالتعرض المستمر والمتكرر للضوضاء فمن الممكن ان تصبح هذه النوبة المؤقتة في السمع دائمية، وبالتالي تؤدي الى تحطم السمع، وان تلف السمع وفقدانه مرة لا يمكن بعدها اعادته مرة اخرى. وهذا ما يعرف بخسارة السمع المقنعة masking فهي مشكلة رئيسة لان الناس غافلون عن اشاراتها التحذيرية وتاثيراتها حتى وقت متاخر وهنالك ضغط اجتماعي قوي على من لا يمتلك حاسة سمع سليمة، فنادرا ما يعترف الفرد ان لديه مشكلة في السمع، فالوعي المبكر ضروري جدا في ازالة الضوضاء على انها خطر على السمع. ومن الضروري الانتباه الى المؤشرات الانذارية الاتية:

1. طنين الاذن (Tinitus).
2. صعوبة فهم الكلام إذ تستطيع سماع الكلمات جميعها لكن لا تستطيع فهمها جميعاً.
3. واحدة من اولى اشارات خسارة السمع هي ضعف القدرة على فهم الناس في الحشد او مصادر اخرى مثل التلفزيون. وعموما فإن هنالك ثلاثة انواع من الصمم Deafness او خسارة السمع Hearing loss.

1. **الصمم التوصيلي** Conductive DeafnessConductive hearing loss

هذا النوع من الصمم سببه الاذن الخارجية او/و الاذن الوسطى، اذ يحدث نتيجة اعاقة انتقال الامواج الصوتية من العالم الخارجي وارسالها بصورة طبيعية عبر القناة السمعية و/او الاذن الوسطى الى الاذن الداخلية. والاسباب الشائعة لهذا النوع هو الزيادة المفرطة في المادة الشمعية في القناة السمعية الخارجية او ثقب في طبلة الاذن (وقد يحدث هذا الثقب نتيجة الضجة الصادرة عن انفجار)، او وجود مشكلات في الاذن الوسطى (وهذا شائع لدى الاطفال)، او تصلب الاذن (otosclerosis) وهو فقدان المرونة في عظيمات الاذن الوسطى الثلاث او في الغشاء الذي يربطها بالاذن الداخلية وبهذا تمنع انتقال الصوت الى الاذن الداخلية، ان هذا المرض يصيب النساء غالباً، وفي سن ما بين 15- 30 عاما، ويكون في العادة قابلا للشفاء.

2. **صمم العصب السمعي** Sensorineural hearing loss

وهو نتيجة لاحد الاسباب الاتية:

أ. **التعرض المفرط للضوضاء**: وهو من اهم الاسباب، فمن المعتقد الان بأن كثيرا من حالات الصمم التي كانت تعد في السابق نتيجة تقدم العمر، هي في الواقع نتيجة التعرض الثابت للاصوات المرتفعة والمزعجة في المجتمع المفعم بالضجيج.

وان سبب هذا النوع هو نتيجة تلف الاعصاب الدقيقة (delicate nerves) للخلايا الشعرية hair cells في الاذن الداخلية مما يجعلها غير قادرة على تحويل الذبذبات الصوتية الى الاشارات الكهربائية المطلوبة للعصب السمعي. او قد يكون التلف في العصب السمعي نفسه مما يحول من دون وصول الاشارات الى الدماغ .

ومن المعتقد بأن العنصر الرئيس في هذا النوع من الصمم هو تقلص شريان السمع الداخلي (Internal auditive artery) نتيجة تفاعل منعكس لحافز الصوت مؤديا الى نقص الاوكسجين في منطقة عضو كورتي الراقد على الغشاء القاعدي والذي يحتوي على الخلايا الشعرية.

ب. **وقر السمع (Presbycusis)**: يحدث وقر السمع عند كبار السن (بعد سن 60 عاما) وذلك نتيجة تحلل الخلايا الشعرية وان وقر السمع يؤدي اساسا الى فقدان سمع في مدى الترددات العالية لذا فمشكلة المصاب بهذا المرض هو تفريق الحروف الساكنة (consonants) وعليه صعوبة ادراك ما يقال له. اذ يميل الاشخاص المسنون الى سماع الترددات المنخفضة بشكل جيد وقد ارتبط فقدان سماع الاصوات العالية بالانحلال العصبي الموجود في النهاية الضيقة للغشاء القاعدي. وهناك تجارب ودراسات عديدة توضح بأن فقدان السمع يظهر مع تقدم عمر الشخص واوضحت مقدار فقدان السمع عند ترددات مختلفة لمدد تعرض طويلة للضوضاء وقد وجد ان فقدان السمع يكون اكبر في الترددات العالية من الترددات الواطئة. وتشمل احدى الدراسات المستفيضة في هذا الموضوع 400 رجل و90 امراة ممن ليس لديهم اية اضطرابات سمعية في بداية عملهم. وقد تعرضت هذه المجموعة لمدة 40 عاما، وبصورة منتظمة لضجة مقدارها 90 dBA للترددات 150- Hz9600. لقد وجد عن طريق الدراسة بأن فقدان السمع الملموس عند الترددات 3000،

4000، Hz6000 يحدث في اول 15 عاما. اما عند الترددات 500، 1000، Hz2000، فإن فقدان السمع يزيد بسرعة ابطا ويكون اساسا على شكل خط مستقيم فيما يتعلق بمدة التعرض. لقد وجد بعض الرجال الذين اجريت الاختبارات عليهم (حتى هؤلاء الذين تناهز اعمارهم الثلاثين عاما) صعوبة في ادراك الكلام بعد عشرة اعوام من التعرض. لقد اظهر الرجال زيادة في فقدان السمع اكثر من النساء. وان هذا الاختلاف قد يكون ناتجا، الى حد ما عن مدة او مدد الراحة المنتظمة في كل نوبة عمل تتمتع بها النساء، وقد اظهرت الدراسة ايضا بأن الناس يختلفون كثيرا في حساسيتهم لفقدان السمع، بعد عشر سنوات تعرض، ولوحظ ان الانتشار في فقدان السمع عند ترددات Hz3000 اواكثر كان حوالي dB15، وبعد 25 سنة، زاد الانتشار الى حوالي dB30، فما كان يرجع من خسارة السمع الى الشيخوخة presbycusis هو في الحقيقة بسبب التعرض للحفلات الاجتماعية sociocusis وانواع الضوضاء المختلفة فيها.

جـ. الضغط على العصب السمعي (بسبب ورم في الدماغ مثلا).

د. **اسباب ولادية:** كالاصابات التي تحدث في اثناء الولادة Birth Injuries، واصابة الام بالحصبة الالمانية في اثناء مدة الحمل واصابة الفرد بالنكاف او الحصبة في اثناء مرحلة الطفولة كل ذلك قد تؤدي في بعض الاحيان الى هذا النوع من الصمم.

هـ. اصابات الراس Head Injuries.

و. الالتهابات الفيروسية.

ز. الصمم المهني occupational Deafness

ان الصمم المهني هو نتيجة التاثير المؤذي للضجة المفرطة في بيئة العمل وهو عبارة عن اضطرابات متزايدة تحدث في قوقعة الاذن (الاذن الداخلية)، وان المرض

يتطور على شكل تلف للادراك السمعي الذي ينشأ مع تلف للخلايا الحسية العصبية لعضو كورتي. وفي المراحل الاخيرة سوف تؤدي هذه العملية الى استنزاف كل الايض (metabolites) في هذه الخلايا والى ضمور كلي. وهناك امراض معينة تؤثر او تزيد من تدهور حاسة السمع عند اصابة العامل بالصمم المهني منها تصلب الشرايين (Atherosclerosis) وزيادة نسبة الكولسترول في الدم (Hypercholestrelemia)، ومرض السكر (DiabetesMellitus)، واضطرابات عمل الكليتين (Disorders of the function of the kidneys)، واضطرابات عمل الكبد (كازالة السموم) وفقر الدم المزمن الشديد (Prolonged considerable Anemia) لهذا السبب عند تعيين أي عامل في عمل يتضمن التعرض للضوضاء يجب اجراء الفحص الطبي الاولي له ليتسنى لنا اكتشاف وجود أي مرض من الامراض المذكورة. ومن الدراسات التي اجريت في هذا المجال لمعرفة اهمية الصمم المهني وخطورته ولتعيين حدود الضوضاء المسموح بها في بيئة العمل، الدراسة التي اجراها واشار فيها انه اذا تعرضت مجموعة من الاشخاص الى ضجة عند الحد المسموح به قانونا وهو 90dBA لمدة 8 ساعات عمل يوميا، نلاحظ ان واحدا من كل خمسة عمال سوف يشكو من فقدان السمع بصورة كافية تؤهله للتعويض، بعد 10سنوات. لهذا السبب فإن اية منشاة لكي تحافظ على صحة العامل يجب عليها أن تخفض الضوضاء الى اقل مستوى ممكن وليس اعلى من 80 dBA. لان المساحة ما بين 80- 90 dBA عند ترددات المخاطبة تشمل مستويات الصوت التي قد تسبب اذى للاشخاص الاكثر حساسية، اما عند مستويات ضجة dB80 اواقل فليس هناك أي خطر او تلف كامن حتى عند التعرض لمدة طويلة. ولكن 50٪ من هؤلاء المتعرضين لمستوى ضوضاء مقداره 90 dBA سوف يشكون من تلف في السمع، وتقريبا كل شخص متعرض لمستوى ضوضاء dBA105 سوف يعاني من فقدان السمع.

ثانياً : اثار الضوضاء غير السمعية (Non –Auditory Effects) :

أ. التاثيرات الفسيولوجية غير السمعية للضوضاء

Non-Auditory Physiological Effects

ان النمو والتطور كما هو معروف لا يبدأ مع الولادة وانما مع الاشهر الاولى للحمل والجنين في رحم الام، ويشير كولنز Collins "الى ان ما يراه الطفل ويسمعه ويتحسسه (يلمسه) كلها امور مهمة في نمو وتطور الطفل". الا ان ما يوازي ذلك في الاهمية هو ما الاشياء التي ينبغي على الطفل الا يسمعها؟ ولمناقشة الاثار غير السمعية للضوضاءNon-auditory Effects توجد في الاقل دراسة واحدة توصلت الى العلاقة بين تعرض الام الحامل لضوضاء الطائرات واجهاض الجنين كما وتوصل كل من Jones & Tauscher 1978 الى أن الاطفال الذين يولدون من امهات يسكنّ بالقرب من مطار لوس انجلس Los Angeles كانوا اقل وزنا ولديهم عاهات (defects) ولادية كثيرة، مثل شق في سقف الحلق (cleft palates) موازنة باطفال الامهات اللواتي يسكن في الاحياء الهادئة. وفسر 1985 Kryter ذلك بأن الطاقة الصوتية للطائرات تنتقل الى الجنين (Fetus) عن طريق نسيج الام فالانزعاج annoyance والخوف fear من اصوات الطائرات هو الذي يؤثر في انسجة وسوائل جسم الام وهذا بدوره يؤثر في البيئة التي ينمو فيها الجنين. وعلى الرغم من ان البحوث الاوربية تؤكد نتائج Jones & Tauscher وتؤيدها لكن البيانات غير كافية لدعم العلاقة القوية بين ضوضاء المطار والعاهات الجنينية. ومع ذلك قرر المجلس الوطني للبحوث العلمية في الولايات المتحدة (USNRC1982) حث المراة الحامل على تجنب العمل في الاماكن الصناعية المملئة بالضوضاء.

وعند ولادة الاطفال هناك كثير منهم يولدون في بيئات تسودها الضوضاء مثل (اصوات التلفزيون، ودوي عال لانظمة التسجيل، والتحدث باصوات عالية اقرب الى الصراخ منها الى الكلام الهادئ). وبشكل عام فإن مستويات الاصوات

العالية تجعل أي شخص منكمشا وخائفا، فضلا عن ان الطفل حديث الولادة لا يستطيع الانسحاب او الهرب من تلك الاصوات المرتفعة المحيطة به مما يجعلها مؤذية وتؤثر في جوانب عديدة في نموه منها: اللغة language، والجوانب المعرفية cognitive، وقدرات التعلم learning abilities فقد استنتج كل من 1982 Wachs & Gruen في دراسة لهما بأن الضوضاء المبكرة في بيئة المنزل تعد عاملا قويا في بطء النمو اللغوي والنمو المعرفي، فضلا عن ان المنازل المتصفة بالضجيج عرفت بقلة تفاعل الاباء مع اطفالهم. واهتم Wachs 1982 بالضوضاء لاعتقاده بأن هناك العديد من الاطفال المحرومين اقتصاديا يعيشون في منازل تغمرها الضوضاء. فيما تذكر Bronzaft بأن الضوضاء ليست محصورة في منازل الفقراء لان كثيراً من منازل الاغنياء مليئة بالضوضاء بسبب ما فيها من وسائل الترفيه الحديثة مثل الحاسوب (الكمبيوتر) وانظمة التسجيل (الستريو)، والمنظفات الكهربائية واللعب ذات الضوضاء العالية noisy toys التي من الممكن ايجادها بكميات اكبر في منازل الطبقة الوسطى والعليا. ولا تقتصر أماكن الضوضاء على داخل المنازل فحسب وانما هناك عدد من المنازل تستقر بالقرب من مصادر الضوضاء مثل الطرق العامة، والقاطرات، والمطاراتمما يجعلها ذات تاثير فعال على الصحة الجسدية.

وتشير نتائج الدراسات والبحوث في التاثيرات غير السمعية الى امكانية تصنيف تلك التاثيرات الى: اثار فسيولوجية Physiological effects، واثار دافعية Motivational effects، واثار معرفية cognitive effects.

فيشير بحث لـ(Evans & Maxwell, 2000) الى ارتفاع مستوى ضغط الدم Elevated blood pressure level عند الاطفال بعمر المدرسة school-age ممن يعيشون او يذهبون الى مدارس قريبة من مصادر رئيسة للضوضاء مثل (مطارات، قاطرات، وزحمة المرور)، على الرغم من ان مستوى ضغط الدم لدى الاطفال المعرضين الى هذه المصادر تقع ضمن المعدل الطبيعي لكنها اعلى من

معدلات الاطفال غير المعرضين الى مثل هذه الظروف. ويستنتج من هذا الارتفاع في ضغط الدم:

1. هذه المستويات المرتفعة لا يتم التعود عليها (habituate) باستمرار التعرض لها.
2. ارتفاع مستويات ضغط الدم هذه لدى الاطفال تمهد لاستمرارها في سن الرشد مما يزيد من خطر الاصابة بالامراض القلبية الوعائية.

وكانت شدة الضوضاء في هذه الدراسة تتراوح من(95- dBA125).

وفي دراسة طولية لـ(Hygge) بدأت عام 1992 واستمرت لسنوات عدة كان من اهدافها فهم اثر الضوضاء المزمنة (المستمرة chronic) في الاطفال من الناحية الفسيولوجية physiology، والادراك الحسي perception، والعمليات المعرفية cognition، والدافعية motivation ونوعية الحياة quality of life. ودُرِس الاطفال الموجودون بالقرب من مطار قديم واخر جديد. وقد اشارت التحليلات قبل اغلاق المطار القديم الى أن الاطفال المعرضين لاصوات الطائرات موازنة بالمجموعة الضابطة غير المعرضة، يعانون من ارتفاع المستوى الهرموني في الجسم، وارتفاع ضغط الدم في حالة الراحة والعمل، كما بينت الدراسة التكيف الادراكي الحسي للضوضاء (ضوضاء طائرات ومصادر اخرى)، مع ضعف impaired الدافعية والذاكرة طويلة المدى long-term memory، والقراءة reading، ومهارات لفظ الكلمات. وبعد غلق المطار اشارت التحليلات الى تحسن واضح في الذاكرة طويلة المدى والقراءة والمهارات اللفظية موازنة بالمجموعة الضابطة. ثم عادت وظهرت الاعاقة بالوظائف المعرفية نفسها بافتتاح المطار الجديد مع ارتفاع المستوى الهرموني وضغط الدم.

اما على صعيد الراشدين فقد حاولت الدراسات الميدانية ايجاد العلاقة بين الضوضاء وضغط الدم وأمراض القلب الوعائية، كدراسة VonEiff & Schulte & Otten 1990 التي استهدفت تاثر صحة الافراد الذين ينتقلون الى مدينة Bonn

متخذين مساكن اما في مساحات صاخبة او هادئة ، فقد جاءت النتائج بأن الافراد الذين يقطنون المساحات الصاخبة يعانون من ارتفاع ضغط الدم موازنة بالافراد الذين يقطنون المساحات الهادئة وجاءت الدراسة بعلاقة قوية للذكور اكثر من الاناث. وقد استنتج كل من Pulles & Biesiot & Stewart 1990 بأن لا علاقة بين ضوضاء المجتمع (aicraft) وضغط الدم، وهذه النتائج غير حاسمة ، فقد فسر Pulles اعتماد ذلك على اسلوب المواجهة التي يتخذها الفرد وحساسيته للضوضاء اما Gierke & Harris 1990 ففسرها بتاثير الاتجاهات التي يحملها الفرد تجاه الضوضاء.

هذا فيما يتعلق بجهاز الدوران، اما الدم فقد لاحظ الباحثون في هذا المجال بأن للضوضاء تاثيراً على الدم ومكوناته فهي تؤثر مثلاً في تكوين البروتينات مع زيادة في مادة (الترانزامينيز Transaminase) (والفوسفات Phosphate) وقد تؤدي الضوضاء الى زيادة نوع من انواع كريات الدم البيضاء كما يلاحظ ايضا بأن هناك زيادة في قابلية الدم على التخثر. اماما يتعلق بهرموني الادرينالين والنورادرينالين adrenaline & noradernaline فقد وجد Levi 1966 ارتفاعا في مستوى الهرمونين لدى الافراد الذين يتعرضون للضوضاء لمدة قصيرة، ومن ناحية اخرى فإنه عند التعرض لمستوى الضوضاء نفسه لمدة طويلة فإن مستويات التغير في هرموني الادرينالين والنورادرينالين تكون قليلة جدا ، وتفسير ذلك هو امكانية حدوث التعود habitution.

اما فيما يتعلق بالجهاز الهضمي، فقد لوحظ بأن الضوضاء تؤدي الى تدهور في عمليات الجهاز الهضمي بعد (1-2 سنة) من التعرض لها اذ يعاني الفرد من امراض معوية والام معدية. ففي دراسة (Bugliarello et al 1976)، انتجت مستويات ضوضاء قدرها 80dB انخفاضاً في قدرة المعدة على التقلص (reduction in stomach contraction strength).

وكذلك دراسة (Burns1979) الذي ناقش نتائج الدراسة التي تضمنت افراداً لا يملكون السيطرة على الضوضاء في بيئتهم مقابل الاشخاص الذين باستطاعتهم ايقاف الضوضاء. فجاءت النتائج بزيادة حركة المعدة والامعاء gastrointestinal motility للمجموعة الاولى موازنة بالمجموعة الثانية، كما اظهرت الدراسة بأن الضوضاء تحدث تغيرات في النظام المعدي- المعوي للشخص ولكون هذه التغيرات مرتبطة بالقرحة ulcers فإن كل من (Bugliare et al 1976) و(Bragdon 1972) اوحيا بارتباط الضوضاء بظهور القرحة وتطورها.

ب. تاثيرات الضوضاء في النوم Effects Of Noise On Sleep

تعد الضوضاء من اكثر اشكال الازعاج disturbance. واعاقة النوم، تعد احدى مكونات الانزعاج المرتبطة بالضوضاء. وقد اظهرت دراسة قامت بها الـ(EPA) لاعداد وثائق المستويات في تاثيرات الضوضاء، وكان التدخل في النوم من اكثر الفعاليات المذكورة التي تنتج عن ضوضاء المركبات، فضلا عن ضوضاء الطائرات لا سيّما في السنوات الاخيرة من العقد الماضي والحالي اذ استُحدثت العديد من العمليات الليلية للطيران في معظم البلدان، وعندما تصبح اعاقة النوم واضطرابه دائمية ومزمنة chronic فإن تاثيرات سلبية على الصحة والراحة النفسية تكون واضحة جدا.

1. تقويم اضطراب النوم Assessing Sleep Disturbance

ان الضوضاء لا تتسبب باستيقاظ النائم بشكل متكرر فقط، او ماتحدثه من نوعية نوم سيئة في اليوم اللاحق، ولكنها ايضا تنتج ردود افعال يكون الفرد غير واع لها، ومن ردود الافعال تلك: تغيرات من مراحل النوم الثقيلة heavier الى الخفيفة lighter، وتقليل نوم حركة العين السريعة (REMRapid eye Movement) وزيادة في حركات الجسم في أثناء الليل، وتغيرات في المزاج mood، وتناقصات في الاداء في اليوم اللاحق، وقد قيست تلك الاثار عن طريق اجهزة الحواسيب (computers) الحديثة، واجهزة رسم الدماغ -electro

encephalography الالكترونية، وتخطيط القلب الالكتروني electrocardiography وجهاز تسجيل الانقباضات والاسترخاءات العضلية الالكتروني electromyography وجهاز تصوير العين الالكتروني electrooculography. فضلا عن المراقبة الحيادية (الملاحظة السريرية clinical observation) وفحوصات تقدير الذات self-assessment surveys. ونتيجة لسنين عديدة من البحث حول تاثيرات الضوضاء في النوم، اصبح من الواضح ان الضوضاء المتقطعة intermittent والضوضاء المندفعة impulsive تعد اكثر تاثيرا من الضوضاء المستمرة ذات الشدة المتساوية. وان الاصوات ذات المعنى تعد احتمال انقطاع النوم بسببها اكبر من ذات المحتوى الحيادي.

كما ان عتبة اضطراب النوم disturbance threshold تختلف بشكل كبير من شخص الى آخر، فبعض الافراد يضطرب نومهم بمستوى اقل من (dB35)، والبعض الاخر يستطيع النوم بمستوى (dB90)، وتعتمد العتبة الشخصية ايضا على نوع المثير اذ يظهر اغلب الافراد قدرة على النوم بمستوى (dB60) لضوضاء الطائرات، بينما تنخفض هذه العتبة الى (dB40) فيما يتعلق بضوضاء الشارع والمرور.

واتضح ايضا بأن الاشخاص الاكبر سنا يعد نومهم اكثر تاثرا بالضوضاء ممن هم اصغر سنا. وفي الحقيقة، لقد ظهر بأن الاطفال اقل تحسساً بـ(dB10) للضوضاء المتسببة في اضطراب نومهم مما هو الحال عند الكبار (Eberthardt1990).

كما اتضح ايضا بأن اضطراب النوم بسبب الضوضاء يميل الى ان يكون اكبر في الساعات الاولى من الصباح، عندما يكون الافراد قد استغرقوا اكثر في مراحل النوم الخفيف lighter sleep stage، ويعد هذا اصح لمن هم في مرحلة الكهولة.

وفي تجارب سويدية دُرست اثار ضوضاء الشاحنات في النوم (دراسة تجريبية) وكان شرط السيطرة هو ليلة هادئة بمستوى (27dB) والشرط التجريبي هو صوت (40) شاحنة مارة بمستوى (55dB)، (وكان الفرق بين المستويات القصوى والدنيا هو dB5 او اقل). وموازنة بالليالي الهادئة. ففي شرط الهدوء كان الاستيقاظ بنسبة 3٪، بينما في الشرط التجريبي حصل نوع من انواع اضطراب النوم يصل الى70٪ من انواع المرور كلها. و18٪ من المرور ادى الى استيقاظ الافراد كليا.

2. معايير التدخل في النوم Criteria for sleep interference

قامت الـ(EPA) بتعيين مستوى Ldn الداخلي بـ dB 45، الذي يترجم معدل مستوى الصوت الليلي ذا dB35، على انه ضروري للحماية ضد التدخلات في النوم، وعلى اية حال، ان البحوث حول مستويات الضوضاء التي يمكن تحملها من دون انقطاع في النوم تعد غيرمكتملة في الوقت الحاضر. وفي محاولة من اجل تطويرانموذج كمي من اجل التنبؤ بالضوضاء المتسببة بالتداخل مع النوم. قام pearsons et al (1989)، بمراجعة وتحليل 21 دراسة لكنهم لم يتمكنوا من اشتقاق أية علاقات مشتركة من هذه الدراسات بسبب التناقضات الكبيرة بين الدراسات التي اجريت في المختبر وتلك التي اجريت ميدانيا. وفي مراجعة اخيرة لبحوث الضوضاء والنوم، اوصت (Griefahn 1990) بأن معدل مستوى الصوت الليلي يجب ان يبقى اقل من (dB45) في منطقة النائم. وقد ذكرت الباحثة بأن بحوث كل من (Vallet et al, 76, 90 وبحوثEberhardt et al 87, 90) والتي اشارت الى التاثيرات السلبية المعبر عنها ذاتيا (self-report) الناتجة عن ضوضاء المرور المستمرة يكون معدل مستوى الصوت dB40، والاستجابات الفسلجية تكون عند مستوىdB37. اما ضوضاء المرور المتقطعة فإنالحدالاعلى الموصى به تترتب من dB45 الى dB68 اعتمادا على بحث (Vallet et al و Griefhn, 1990)، وقد اوصوا بمستويات عليا في الخارج تصل الى dB65. وقد اشارت Griefahn الى

أن مستويات الحدود العليا maximum يمكن تحملها (tolertaed) اذا لم يكن مستوى الضوضاء المحيطة منخفضاً جدا وان الفرق بين الاحداث الفردية والمستويات المحيطة يجب ان لا يتجاوز 8 الى 10dB.

3. التاثيرات اللاحقة للضوضاء الليلية والتعود

After-Effects and Habitutation

لقد كشفت العديد من البحوث عن تاثيرات لاحقة للضوضاء الليلية فقد وجد Ohrstrom 1983 حدوث تغيرات مزاجية في اليوم الذي يعقب الليلة التي يكون فيها معدل مستوى الصوت (35dB). وكذلك التاثيرات العكسية على الاداء مثل ازدياد زمن رد الفعل، التي قاسها (Jurriens واخرون 1983)، وقد ظهر بأن اداء اليوم اللاحق لكبار السن يتاثر سلبا بسبب الضوضاء اكثر من اولئك الذين هم اصغر سنا. وعلى الرغم من ان الاشخاص غالبا ما يعتقدون بانهم قد اعتادوا على ضوضاء الليل، ولكن في الحقيقة فإن الاختبارات الفسلجية تشير الى العكس "فقد اظهرت الدراسات بانه على الرغم من أن الاستجابة الذاتية تتحسن مع الوقت، الا ان الاستجابات القلبية الوعائية تبقى ولا تتغير (Muzet, 1983). كما استنتج Vallet واخرون 1990 بأن التعود لا يعد كاملا حتى بعد خمسة اعوام من التعرض للضوضاء.

جـ. تداخل الضوضاء مع الاتصال Interference With Communication

تماشياً مع تعريف الضوضاء على انها صوت غير مرغوب فيه، لنتأمل إذن الاصوات المرغوبة: مثل كلام، او موسيقى حية او مسجلة، واشارات التحذير (التنبيه) مثل بكاء طفل في غرفة بعيدة، او الاصوات الطبيعية الجميلة مثل تغريد الطيور. فنحن نرغب في الاستماع لمثل هذه الاصوات في مستواها الطبيعي (ليست عالية جدا او خافتة جدا) ومن دون ان تتداخل مع اصوات اخرى. والضوضاء تعيق ما نريد ان نسمعه والنتيجة هي اننا لا نسمع مانريد سماعه بشكل جيد او لا نسمعه على الاطلاق، وأن الصوت الذي نريد ان نسمعه يكون عاليا بشكل غير

مريح، ونرى مثلا ان المحادثة في غابة هادئة تحصل همسا ، لكن المحادثة نفسها يجب ان تحصل صراخا عندما يكون الموقع معملا مزوداً باليات ضخمة.

فبالامكان ان يكون لتلوث الضوضاء اثر كبير في الاتصال، إذ قال كل من Berglund & hassmen1996 بأنه ليس هناك من شك في امكانية الضوضاء من تقنيع (اخفاء mask) الكلام.

الاداء المدرسي scholastic performance

ان الضوضاء يمكنها ان تعيق التخاطب (اتصال الحديث) داخل الصف الى حد ان الطريقة التعليمية المستعملة في المدارس التي تقع قرب مصادر الضوضاء كالمطارات عادة ما يطلق عليها تعليم "وقفة الطائرة النفاثة Jet pause teaching". وفي عام (1981) عمل كل من cohen & Weinstein على مراجعة بضعة دراسات بعد ان سُيطِرَ عليها من اجل العوامل الاجتماعية والاقتصادية، وقد اشارا الى ان الاداء المدرسي للاطفال في المدارس الهادئة يعد افضل مما هو عليه لاطفال المدارس الصاخبة.

وعلى سبيل المثال، ففي دراسة (Bronzaft & Carthy 1975) تمت فيها موازنة نتائج اختبار القراءة للاطفال في المدرسة الابتدائية الذين كانت صفوفهم بمواجهة سكك الحديد، بنتائج الاطفال الذين هم في الصفوف التي تقع في الطرف الاخر من البناية (الهادئ)، فجاءت نتائجهم بأن الاطفال في المرحلة الرابعة والسادسة في الجانب الصاخب كانوا متخلفين بقدر سنة واحدة موازنة بالاطفال في الجانب الهادئ، لذلك قام مجلس التربية بتركيب حشوات مطاطية للجدران وكانت النتيجة انخفاض في مستوى الصوت وبعدها وجدت Bronzaft في دراسة لها عام 1981 بأن الاطفال في كلا جانبي البناية جاءت نتائجهم بالمستوى نفسه، وعليه تقول Bronzaft انه باستطاعتنا معالجة الضوضاء التي تكون محصلتها الفائدة والربح للاطفال.

وفي دراسة لـ Cohen واخرون 1980 وجد بأن الاطفال الذين يذهبون الى مدارس بالقرب من مطار لوس انجلس Los Angeles يواجهون صعوبة اكبر في حل المسائل المعرفية موازنة باطفال المدارس الهادئة. كما وجد -Hambrick Dixon1985 ان الاطفال الذين يذهبون الى رياض الاطفال الواقعة بالقرب من ضوضاء سكك حديد نيويورك، يعانون من كونهم اقل مهارة في اختبارات المهارة الحركية - النفسية psychomotor skills.

في عام 1992 وجد Green واخرون بأن اطفال المرحلة الابتدائية الذين تقع مدارسهم بالقرب من مصادر ضوضاء الطائرات، يحصلون على درجات اقل في القراءة من اطفال المدارس الهادئة التي تقع بعيدا عن مصادر الضوضاء.وفي عام 1996 قام Evans بتجربة لطلاب المدارس الابتدائية، المجموعة التجريبية تذهب الى مدرسة بالقرب من مطار N.Y في العاصمة. اما المجموعة الضابطة فتذهب الى مدارس هادئة، وكانت منازل الاطفال الذين يرتادون المدرسة الصاخبة بالقرب من المطار، وجاءت النتائج بأن الاطفال المعرضين لضوضاء الطائرات يعانون من عجز او ضعف deficit ذي دلالة في اختبار القراءة. ويزودنا Evans بما يدعم حجته بأن الضوضاء العالية تتداخل مع قراءة الاطفال وتؤدي الى عجز في اللغة. وجاءت نتائجه متفقة مع نتائج Green 1982 حول تسبب ضوضاء المطارات بخفض القابلية القرائية لاطفال بعمر المدرسة.

عام 1981 قام كل من Cohen & Weinstein بمناقشة البحوث التي تظهر بأن المهارات مثل التمييز السمعي، وانجاز القراءة يمكن ان تتاثر بشكل سلبي عندما يتعلم الاطفال في ظروف مليئة بالضوضاء، حتى لو كانت مدارسهم ليست اكثر صخبا من المعدل. هذه الدراسات، اشارت الى ان التدخل مع التخاطب في الصف هي ليست العملية الوحيدة، ولكن تتضمن ايضا تأثيرات سلبية على ستراتيجيات معالجة المعلومات عند الاطفال وشعورهم بالسيطرة الذاتية.

مثال ذلك دراسة Wachs & Gruen 1982 اللذين توصلا الى ان الضوضاء المبكرة في بيئة المنزل تعد عاملا قويا في بطء النمو اللغوي والمعرفي، ووجدا ايضا بأن الضوضاء تقلل من التفاعل بين الطفل ووالديه.

كما وجد كل من Cohen, Glass & Singer 1973 بان الاطفال الذين يعيشون في الطابق الارضي من البناية معرضين مباشرة للمستويات العالية من ضوضاء الطريق مما يؤدي الى تلف كبير في التمييز السمعي auditory discrimination، والانجاز القرائي، اكثر من الاطفال الذين يسكنون في الطابق العلوي من البناية. وفي محاولة لتفسير هذه النتائج عاد Cohen والاخرون الى عمل Deutsch 1964 الذي يرى بأن خلفية البيئة المليئة بالضوضاء تجعل الطفل غير عارف بالاشارات الصوتية، والنتيجة ستكون اتلاف التمييز السمعي او عدم قدرة الطفل على التمييز بين الاصوات ذات العلاقة وغير ذات العلاقة، وهذا بدوره يفسر لماذا من الصعب على الطفل الاصغاء داخل الصف. وعلى الرغم من ان هناك الكثير من الدراسات تدعم فرضية Deutsch الا ان العلاقة بين التمييز السمعي والضوضاء بحاجة الى بحوث اكثر وفي الوقت الراهن فإن النتائج تخدمنا في تحذير الوالدين والمسؤولين من مستويات الضوضاء العالية المحيطة بالطفل، والعمل على خفضها، فضلا عن ذلك فإن الاطفال الذين يعيشون بالقرب من مصادر الضوضاء غالبا ما يذهبون الى مدارس تقع بالقرب من مصادر تلك الضوضاء نفسها.

والضوضاء داخل الصف تتداخل مع قابلية الاطفال في تمييز المثيرات السمعية المهمة ذات المعنى meaningful ولا سيّما الكلام مما يؤثر بدوره على تعلم الاطفال المهارات القرائية.

فالضوضاء لا سيّما غير ذات العلاقة بالكلام تتداخل مع فهم الاطفال للكلام المنطوق (كلام المتحدث)، وهذا يؤثر في اداء الاطفال المدرسي (الاكاديمي). فالعديد من الدراسات اكدت الصلة بين الضوضاء والانجاز

المدرسي ولا سيّما فيما يتعلق بالقراءة والنشاطات الفكرية الاخرى. وان الاطفال الذين لديهم عجز في التعلم learning disabilties يكونون اكثر حساسية suceptible للاثار السلبية للضوضاء التي يتعرضون لها. ففي دراسة لـ Evans & Maxwell 1997 بينت الصلة بين التعرض للضوضاء والقراءة، لاطفال بعمر المدرسة وكان مصدر الضوضاء عبارة عن مطار قرب المدرسة، تطير طائرة فوقها بمعدل كل (6) دقائق، ماينتج عنها ضوضاء في قاعة الدراسة بمستوى (dB90)، فكان اطفال هذه المدرسة اضعف من اطفال المدارس الهادئة في المهارات القرائية، كما كانوا ضعفاء في تمييز الخطاب او الكلام المقنع (Masked) بالضوضاء البيضاء لكنهم قادرون على تمييز الاصوات المحددة، مثل (مواء القط، وبكاء الاطفال).

وفي دراسة اخرى للباحثين نفسيهما عام (1999) استنتجا عن طريقها بأن المهارات اللغوية لها علاقة بالمهارات القرائية وان الضوضاء لها علاقة بالاثنين معا. وكانت العينة في هذه الدراسة (90 طفلاً) بعمر (4- 5) سنوات يذهبون الى رياض الاطفال، وكان مصدر الضوضاء الصف نفسه إذ كان ذا سقف عال جدا، ولا وجود للمواد الماصة للصوت (absorbent)، وجدران الصف تسمح لاصوات الضوضاء المجاورة بأن تخترق الجدار داخل الصف. وأُختبر الاطفال بمقياس معرفي لمهارات ما قبل القراءة (pre-reading skills) فضلا عن تقدير المعلم لاستعمال الطفل اللغة وفهمه للمعلومات، وتم ذلك في السنة الاولى وقبل خفض مستوى الضوضاء، وفي السنة الثانية وبعد تركيب لوح ماص للصوت في السقف اختبر الاطفال مرة ثانية وكانت الضوضاء قبل وبعد ابطالها بمستويات:

	قبل الابطال	بعد الابطال
الذروة	dB (99.1-96.8)	dB (95.2-87.2)
بمعدل	dB(77.1-75.8)	dB (73.9-69.4)

ولوحظ في الشرط الهادئ ان الضوضاء لاتزال مرتفعة إذ اوصت EPA بأن لا يكون الصوت اعلى من معدل 70 dB لكن مع ذلك كانت لغة الاطفال في الاختبار الثاني وفي الشرط الهادئ افضل من المجموعة في شرط الضوضاء بحيث كان كلامهم جيداً واستعمالهم الجمل جيداً.

كما كان اداؤهم على مقياس المهارات اللغوية المعرفية (Letter-number-word, language skills measure). افضل من جماعة الشرط الصاخب فضلاً عن ان تقدير المعلمين على مقياس اللغة كان اعلى. كما ان اطفال الصفوف الهادئة كانوا اقل تحسسا من اولئك في الصفوف الصاخبة فيما يتعلق بالشعور بالعجز واليأس helpless.(3-4).

اما الانتباه، فإن الاطفال بعمر 4- 5 سنوات والمعرضون لضوضاء دائمة يبدو بانهم يطورون ستراتيجيات معرفية لمواجهة مشتتات الانتباه نتيجة الضوضاء، إذ وجد بأن اطفالاً بعمر 5 سنوات من بيئات ضوضائية كانوا افضل في ابعاد المشتتات السمعية غير المرغوبة عندما طلب منهم اداء مهمة التمييز في بيئة صاخبة من اطفال البيوت الهادئة، وكذلك اطفال بعمر 4 سنوات في رياض الاطفال المتصفة بالضوضاء افضل من اطفال الرياض الهادئة، وهؤلاء الاطفال يبدو بانهم مقاومون لمشتتات الانتباه بسبب الضوضاء لانهم يستطيعون التخلص من الضوضاء غير المرغوبة، ولكن هذه الفائدة تختفي بعمر المدرسة. فهناك العديد من الدراسات وجدت ان اطفالاً بعمر المدرسة من البيئات الهادئة اظهروا قدرة اعلى في مهمات التمييز السمعي في اثناء العمل تحت شروط ضوضائية من اطفال البيئات الصاخبة، اذ كان اطفال المجموعة الاولى قادرين على كشف الضوضاء screen out والتركيز على المؤشرات المهمة important cues، بينما اطفال البيئات الصاخبة تعلموا التخلص من المثيرات السمعية غير المرغوب فيها ولكن بطريقة غير مميزة nondiscriminatory فضلاً عن اهمال المؤشرات المهمة.

د. تاثيرات الضوضاء في السلوك الاجتماعي

Effects Of Noise On Social Behavior

هناك عدد من الدراسات تتعلق بتاثير الضوضاء في السلوك الاجتماعي منها ما اشار اليه Sinager واخرون (1990) الى ان الضوضاء قد تم استعمالها على انها مثير مؤذٍ في مختلف البحوث بسبب انتاج التاثيرات البايولوجية والنفسية نفسها عند التعرض لمثيرات (مجهدات وضغوط) اخرى. ولكن لاحظ بأن تاثيرات الضوضاء تجمع (combined) مع السيطرة المدركة، اذ ان وجود السيطرة يعمل على تعديل تاثيرات الضغوط كثيراً. ويمكننا هنا التركيز على ثلاث علاقات اجتماعية محددة وهي:

1. الضوضاء والجاذبية Noise & Attraction
2. الضوضاء وسلوك المساعدة (الايثار) Noise & Helping (Altruism)
3. الضوضاء والعدوان الانساني Noise & Human Aggression

1. الضوضاء والجاذبية Noise & Attraction

من الطرق المستعملة في قياس الجاذبية بين الافراد هو قياس المسافة بيننا وبين الاخرين (الافراد فيما بينهم)، فنحن نجلس ونقف بالقربcloser من الاشخاص الذين نحبهم بينما نكون بعيدين عن الاشخاص الذين لانحبهم. فاذا كانت العلاقات بين الاشخاص التي تحددها المسافة تشير الى الجاذبية، واذا كانت الضوضاء تقلل التجاذب فيتوقع بأن الضوضاء تزيد المسافة بين الافراد. ولدعم هذه الفرضية توصل كل من 1974 Mathews & Canon & Alexander الى ان ضوضاء بمستوى 80 dB تزيد المسافة بين الافراد الذين يشعرون بالراحة Comfortable مع بعضهم البعض ايضاً.

وقد سبقهم كل من Bull وBurbage وCrandall وFletcher و Ravenberg & Lloyd عام 1972 الى النتائج نفسها عند مستوى 84 dB من ان ضوضاء

الخلفية تزيد المسافة لا سيما للرجال فيما كانت النساء اكثر رغبة في التقارب فيما بينهن، ولتفسير ذلك افترض كل من Bell & Barnard، 1977 ان الرجال معرضون في كل لحظة لمثيرات مزعجة مما يجعلهم يفضلون المسافات البعيدة عن الانضمام في التفاعل الاجتماعي، اما النساء من الجانب الاخر فيفضلن الانضمام في التفاعل الاجتماعي لمشاركة مواقفهن الصعبة مع الاخرين الذين مروا بالتجربة والخبرة نفسها. ففي بعض الظروف تخفض الضوضاء من الجاذبية وفي حالات اخرى تزيد من الجاذبية، فهي تعتمد على الموقف والجنس.

2. الضوضاء والعدوان الانساني Noise &Human Aggresion

البحوث حول تأثيرات الضوضاء في العدوان كانت اكثر اقناعاً وحسماً من بحوث اثر الضوضاء في الجاذبية. فالعديد من نظريات العدوان امثالنظرية Bandura 1973وBerkowitz 1970. مشابهة لنظرية (هل– سبنس - Hull) Spence، فالضوضاء التي تزيد من الاثارة، فإنها ايضاً تزيد العدوان لدى الافراد الذين لديهم استعدادٌ مسبّق للعدوان (Predisposed). وقد قام كل من (Geen & O'Neal) 1969 بأختبار هذه الفرضية، وذلك عن طريق عرض فيلم للمبحوثين وهو اما أن يكون فيلماً رياضياً غير عدائي او فيلماً عدائياً كافلام الملاكمة Prezefight، وعلى وفق التوقع فإن الفيلم العدائي سوف يجعل للمبحوثين استعداد مسبق للعدوان. ومن ثم زود المبحوثين بفرصة ممارسة العدوان على الحليف وذلك عن طريق توجيه صدمة كهربائية للشخص المتعاون مع الباحث، وكان المؤشر على العدوان يقاس عبر مستويات الصدمة (1. شدتها 2. تكرارها). وفي حقيقة الامر لاتوجد هناك صدمات كهربائية حقيقية ولكن المختبر يجعل المفحوص يعتقد بأنه أعطى الصدمة حتى نهاية التجربة، وفي اثناء التجربة عرض نصف المبحوثين الى مستوى طبيعي من الضوضاء في المختبر، اما النصف الاخر فقد عرِّض الى انفجار ضوضائي مستمر من الضوضاء البيضاء بمستوى 60 dB. لمدة دقيقتين وبعد تنبؤ البحث بأن هذا المقدار من الضوضاء

سيزيد من مستوى العدوان اشارت النتائج الى ان العدوان الاكثر ظهوراً كان مع شرط الجمع بين الضوضاء والفيلم العنيف. وفي تجربة ثانية لـ Donnerstein & Wilson 1976 – وبناءً على استنتاج Glass & Singer 1972 بأن الضوضاء غير المتنبأ بها تكون اكثر اثارة ومن ثم اكثر تسهيلاً للعدوان. قاما بتعريض المفحوصين الى مستوى ضوضاء اما dB55– او dB95 غير متنبأ بها، فضلا عن ذلك عمد الباحثان الى اغضاب نصف المجموعة من الحليف والنصف الاخر لم يغضبانهم منه.

وجاءت النتائج:

ان الضوضاء dB95 غير المتنبأ بها زادت من العدوانية بالقياس الى dB 55 غير المتنبأ بها وذلك للمجموعة الغاضبة من الحليف فحسب. اما المجموعة غير الغاضبة من الحليف فلم تحدث الضوضاء أي اختلاف في شدة الصدمة الموجهة. ونسبة الى استنتاج Glass & Singer حول كون الضوضاء المسيطر عليها اقل اثارة من الضوضاء غير المسيطر عليها. لذا فإن السيطرة المدركة على الضوضاء تقلل من تسهيل العدوان.

وبفكرة التجربة السابقة نفسها اختبر Donnerstein & Wilson هذه الفرضية، فقد اعطي المفحوصون مجموعة من المسائل الرياضية و في اثناء حل المسألة عُرِّضت مجموعة منهم الى ضوضاء صناعية غير متنبأ بها وغير قابلة للسيطرة بمستوى dB 95 والمجموعة الاخرى عُرِّضوا الى نوع الضوضاء (غير متنبأ بها) نفسه ولكنهم يستطيعون ايقافها في أي وقت (لديهم ادراك السيطرة). وقد انهيت كل الضوضاء عندما بدأ المفحوصون مرحلة الصدمة في التجربة، لذلك فإن التاثيرات اللاحقة للضوضاء فحسب يمكن ان تؤثر في العدوان، والشرط الاخر هو اغضاب المفحوصين من الحليف او لم يتم اغضابهم وحدث هذا فورا بعد المسالة الرياضية.

وجاءت النتائج:

- الصدمات الاكثر شدة أعطيت من المبحوثين الغاضبين من الحليف موازنة بغير الغاضبين. وان الضوضاء غير القابلة للسيطرة والتنبؤ زادت من العدوان فيما يتعلق بالمفحوصين الغاضبين.
- لم يكن هناك تاثير للضوضاء بمستوى dB95 عندما ادرك المبحوث امكانية السيطرة عليها وانهائها.

من هذه الدراسات يتضح بأن الضوضاء التي تزيد الاثارة يتوقع ان يزداد معها العدوان، ولكن في حالات ادراك السيطرة، او حالة عدم الاستعداد المسبق للعدوان فإن الضوضاء حينها تظهر تاثيرا اقل في حدوث العدوان.

3. الضوضاء وسلوك المساعدة Noise & helping behaviour

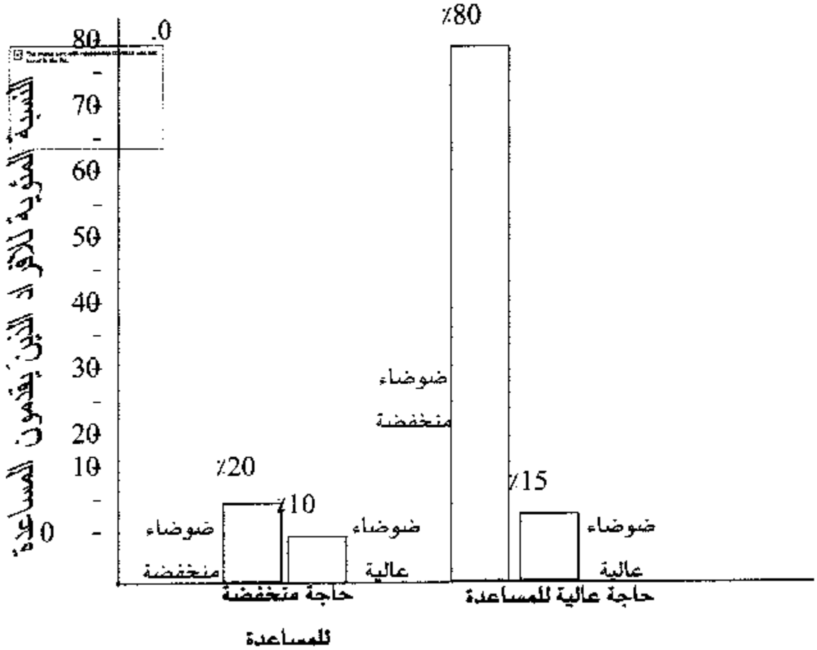
اشارت البحوث الى ان الضوضاء تؤثر في الاقل على واحدة او اكثر من الظواهر الاجتماعية، من بينها ظاهرة سلوك المساعدة. فمن المعروف ان الضوضاء غير المرغوبة تسبب عدم الراحة وسرعة الغضب irritable والانفعال وهذا يجعلنا اقل رغبة في تقديم المساعدة لشخص ما يحتاج اليها. واحد اسباب ذلك هو ما فسره لنا منهج الحمل البيئي فالضوضاء تقلل من الانتباه المعطى للمثيرات الاقل اهمية من المهمة الاساس التي يقوم بها الفرد. وقد قام Mathews & Canon 1975 بدراستين احداهما في المختبر والاخرى ميدانية field، افترضا فيها بأن الضوضاء تقلل من سلوك المساعدة. ففي التجربة المختبرية، كانت مستويات الضوضاء اما صوت 48 dB، او ضوضاء بيضاء بمستوى dB65، او ضوضاء بيضاء بمستوى 85dB، وعند وصول المبحوثين الى التجربة طلب منهم الانتظار في المختبر لبضع دقائق مع شخص اخر (هذا الشخص هو الحليف confederateللمختبرexperimenter)، جالس يقرأ جريدة فضلا عن ذلك توجد في حضنه جرائد وكتب ومجلات. وبعد بضعة دقائق نادى المختبر حليفه، الذي فور نهوضه اسقط الادوات جميعها من جرائد ومجلات امام انظار المبحوثين،

وكان قياس المتغير المعتمد dependent وهو المساعدة فيما اذا كان المبحوث ساعد الحليف في التقاط الكتب ام لا.

وجاءت النتائج كما يأتي 72٪ من الافراد المعرضين للضوضاء الطبيعية قدموا المساعدة. و67٪ من الافراد المعرضين الى شرط الضوضاء بمستوى 65dB. و37٪ من الافراد المعرضين لضوضاء dB85.

ولتاكيد هذه النتائج قام Mathews & canon بدراستهما الميدانية، وفي هذه الدراسة حمل الحليف (الشريك) صندوقاً من الكتب في حالة خروجه من السيارة، ولتاكيد حاجته الى المساعدة ارتدى جبيرة في ذراعه في نصف المواقف التجريبية. وكان مصدر الضوضاء هو جزازة العشب (lawn mower) يقوم بتشغيلها حليف اخر بالقرب من موقع التجربة، في شرط الضوضاء الواطئة لا تشغَّل الجزازة، وقيست فيه الضوضاء الخلفية من المصادر الطبيعية وكان 50 dB، اما شرط الضوضاء العالية فهو تشغيل جزازة العشب ومن دون كاتمة صوت التي تحدث ضجيجاً بمستوى dB87. ومرة اخرى قيس المتغير المعتمد لسلوك المساعدة بحساب عدد المارة الذين يتوقفون لتقديم المساعدة في حمل الصندوق. وجاءت النتائج كما يأتي:

* هنالك تاثير قليل للضوضاء في المساعدة عندما لايرتدي الحليف جبيرة الكسر في حالة الشرطين (20٪ مساعد في الضوضاء الواطئة) مقابل (10٪ يساعد في شرط الضوضاء العالية).
* اما في حالة شرط الحاجة العالية للمساعدة (ارتداء الحليف الجبيرة) فالضوضاء خفضت سلوك المساعدة من 80٪ الى 15٪ (80٪ مساعد في الضوضاء الواطئة) مقابل (15٪ مساعد في الضوضاء العالية). والشكل الآتي يوضح ذلك:



شكل (9) اثر الضوضاء في سلوك المساعدة

وكما رأينا فإن ادراك السيطرة على الضوضاء المؤذية يقلل من تسهيل العدوان. وفي دراسة لـ(Sherrod & Downs) 1974 تم ايضا اثبات ان السيطرة المدركة تقلل التاثيرات السلبية على سلوك المساعدة، اذ شارك المفحوصون في مهمة التصحيح الطباعي، بينما هم يلتقطون وبصورة مستمرة سلسلة من الارقام العشوائية تقدم اليهم من شريط تسجيل سماعي. وزعوا على وفق ثلاثة شروط:

1. شرط السيطرة المتمثل بسماع خليط من اصوات سارة مثل امواج البحر مرتطمة على الصخور.
2. شرط الضوضاء المركبة تتضمن صوت موسيقى الجاز Jazz واصوات كلام عادي من دون ادراك السيطرة.

3. شـرط السيطرة المدركـة Perceived Control يتمثل باستعمال شـريط الضوضاء المركبة نفسه ولكن مع اخبار الافراد بانهم قادرون على ابطال الضوضاء المشتتة متى ما رغبوا بذلك. وبعد 20 دقيقة في واحد من هذه الشروط ترك المبحوثون المختبر وقد مر بهم احد الافراد يطلب مساعدتهم من اجل الاشتراك في دراسة اخرى وكان عدد المساعدين الاكثر عددا" هم من مجموعة الشرط التجريبي الاول ويأتي بالدرجة الثانية افراد شرط السيطرة المدركة . وقدم المفحوصون في شرط السيطرة مساعدة اكثر من المفحوصين في شرط الضوضاء غير القابلة للسيطرة.

وبهذا نستنتج ان تاثيرات الضوضاء في سلوك المساعدة تعتمد على عوامل عدّة:

1. السيطرة المدركة 2. جهارة (مقدار volume) الضوضاء 3. وخصائص الشخص الذي يحتاج الى المساعدة.

هـ. تاثيرات الضوضاء في الاداء Effects Of Noise Upon Performance

ان EPA لم تستعمل الدراسات حول تاثير الضوضاء على الاداء والسلوك في تعريف مستوياتها ، من اجل الوقاية من التدخل في الانشطة والفعاليات activity interference. وأحد اسباب ذلك هو ان اكثر المعلومات قد ارتبط بالموقع الوظيفي اكثر من ارتباطه بالبيئة العامة ، والسبب الاخر هو مدى تعقد الموضوع والصعوبة في تعريف مستوى الضوضاء الذي يمكن تطبيقه على مختلف المهمات والظروف، وعلى الرغم من ان هذه المصاعب ما زالت مستمرة الا ان الكثير من البحوث قد أُجريت في هذا المجال في السنين الاخيرة. ان الضوضاء يمكن ان تسبب تاثيرات عكسية في اداء المهمة والسلوك في العمل، وفي المواقع غير الوظيفية والاجتماعية ايضا ، وهذه التاثيرات تعد موضوعا خاضعا للجدل ، وبما انها ليست دائما تحصل كما هو متوقع ، ففي بعض الاحيان تكون الضوضاء قد

حسنت من الاداء، وفي احيان اخرى لايكون هناك فرقٌ بارزٌ بين الاداء في الظروف الهادئة والضوضاء، وان وجود هذه التاثيرات تعتمد متغيرات مختلفة ومتداخلة، (نوع الضوضاء، تعقيد المهمة، العوامل الشخصية). وهذه التاثيرات والمتغيرات واساليب قياسها هي:

اولاً: التاثيرات الحسية والحركية Sensory and Motor Effects

العمليات الحسية Sensory Process

لقد اجريت العديد من التجارب حول تاثيرات الضوضاء في الرؤيا وقد نتج عنها نتائج متعارضة مع اقتراح بعض التاثيرات في التمييز البصري، فهناك ادلة حول المستويات العالية من الضوضاء قادرة على انتاج تغييرات shifts في المجال البصري.

اذ اشارت نتائج الدراسات السابقة حول التحسس البصري الى ان الزيادة في الضوضاء احدثت انخفاضاً في الحساسية وجاءت ذروة الحساسية عند مستوى dB70 (Miller.63). وفي دراسة Harper 1979 انطبقت هذه النتائج الى حد ما اذ كانت الحساسية عند dB100 عالية ايضا على الرغم من وجود اتجاه نازل لدى الكثير من المبحوثين عند ازدياد تواصل المدة.

وفي دراسة لـ(letourneau & Millodot) 1974عن اثر صوت يتردد Hz1000 ومستوى dB95 في المجال المرئي لدى سبعة اشخاص اسوياء البصر او ممن يرتدون نظارات لتصحيح عيوب الابصار وكانوا خالين من العيوب السمعية ولديهم ابصار طبيعي للالوان، وكانت المثيرات بثلاثة الوان (ابيض، واحمر، واخضر). اوضحت النتائج بأن المبحوثين جميعهم ابدوا ضعفا واضحا في المجال المرئي عندما كانت مدة السماع 3 او 5 دقائق. وفي دراسة اخرى لـ(Letouneau & Belanger) 1981 لقياس المجال المرئي اللوني على (14) مبحوثاً في الوقت الذي سمعوا فيه صوتاً بتردد Hz1000 ومستوى ضغط dB95 لمدة 3 دقائق وقد

انتجت المثيرات بوساطة (monochromator). واظهرت النتائج انخفاض العتبة البصريةvisual threshold تحت تاثير الصوت للون الاحمر واللون الاخضر، فقد كان للصوت اثر في كل من اللونين الاحمر والاخضر.

وهناك بعض الوظائف تبقى غير متأثرة بالضوضاء على سبيل المثال (الحدة/الدقة البصرية visual acuity) للخطوط والاقراص عند مستوى ضغط dB140. ولا تتاثر القدرة على كشف التضاد (detect the constract) ما بين المجال المضاء ونقطة اضافية مضيئة موضوعة على المجال بمستوى ضوضاء dB90.

وفيما يتعلق بالسمع فإن المستويات العالية من الضوضاء يمكنها ان تؤثر في وظيفة السمع الدهليزية (vestibular)، لا سيّما عندما يكون تقديم الضوضاء لكلا الاذنين غير متناسق (او ان مستوى التخفيف يكون اكبر عند اذن واحدة).

تصور قدرة احدهم على التوازن على حاجز ضيق واليدان ممدودتان بمستوى الصدر، ومن مقاييس هذه القدرة طول المدة الزمنية التي بوسع الفرد الوقوف على الحاجز او السياج من دون ان يرفع قدميه او يثني ذراعيه او السقوط من الحاجز، واذا ما تعرّض الشخص لضوضاء في مجال حر فسيحدث تدهور في قدرته على التوازن عند مستوى dB140 وحتى عندما يرتدي الشخص واقيات للاذن.

وفي حالة اخرى وهي عند ارتداء الشخص لسماعات راسية لتسلم (سماع) نغمة صافية بصورة متناسقة وبتردد Hz 1000 ومستوى ضغط صوتي dB105 عندها لن يكون هناك اثر في القدرة على الموازنة. اما عندما يسمع الصوت باذن واحدة فقط عندها سيحدث تدهور بمستوى dB95، ومناوبة الصوت بين الاذنين يسبب تدهورا عند مستوى dB85. ويعود سبب ذلك الى تاثير المثير على اعضاء التوازن الموجودة في الاذن التي بالامكان العمل على اضطرابها disturbed عن طريق المثير stimulation العنيف بسهولة.

الاداء الحركي Motor Performance

1. ضغط الدينامومينز Squeezing Dynamometer

لعل ابسط مقياس للوظيفة الحركية هو القوة التي يتمكن بوساطتها الانسان من ضغط الديناموميتر وهو الة لقياس القوة الميكانيكية، وحينما يتم ذلك (وتُحمى الاذنان بعوازل الصوت)، وبالقرب من محرك طائرة إذ يكون مستوى ضغط الصوت dB130 فإن القوة العضلية لا تتأثر بذلك. وفي مستوى dB115، فإن الثبات الذي يتمكن المرء بموجبه من وضع ابرة تسجيل في ثقب دون لمس الجوانب يبقى ثابتا، وفي هذا المستوى نفسه تبين بانه لايوجد تغير في انحناء او ميلان جسم الشخص عندما يطلب منه الوقوف بصورة مستقيمة من دون حركة.

2. البراعة اليدوية Manual Dextering

من مقاييس البراعة اليدوية، مهارة فك الصامولات والمسامير واعادة تركيبها. وقد وجد ان فك الصامولات والمسامير واعادة تركيبها على غرار القوة والقدرة في الحفاظ على موقع ثابت تبقى غير متغيرة عند مستوى ضغط صوتيdB120. وتبدا الاثار بالظهور عند مستويات (130- dB140). وليس لمستوى ضوضاءdB115 عن طريق الهيدفونات اثر في هذه المهمة، كما لوحظ تحسن اداء الافراد عند تطبيق اختبار مينيسوتا للمعالجة اليدوية Minnesota rate of manipulation Test (وهو احد الاختبارات للمهارة اليدوية) مع وجود الضوضاء البيضاء بمستوى dB100 وعلى العموم ان من يمتلك براعة يدوية dextrous متناسقة coordination ومهارة في التآزر الحركي من النوع المتكرر repetion والمتمرس عليه بصورة دائمة سوف لن يتأثر ويضطرب بالضوضاء، مثل العمل في الطباعة.

3. العمليات الكتابية والحسابية العقلية

Clerical, Arithemetical, and Similar detellectual Operations

اول الافكار التي راودت الباحثين لقياس اداء الوظائف العقلية هو استعمال اختبار الورقة والقلم مثل اختبار الذكاء، وسلسلة من المسائل الحسابية العقلية او اختبار تدرس فيه اعمدة كبيرة من الاعداد وتُقارن للكشف عن اية فروق. وتعطى الدرجة في مثل هذه الاختبارات عادة بحساب عدد المسائل المحلولة في وقت زمني محدد او عدد الاخطاء المرتكبة. وعلى الرغم من استعمال مثل هذه الاختبارات بصورة متكررة الا انها قلما تبدي اضطرابا واعاقة نتيجة التعرض للضوضاء، وقد اثبتت ذلك تجارب واسعة ومختلفة ومعظمها عند مستويات (80- 100dB). وعموما فإن المعدل الزمني لسلسلة العمليات العقلية غير المترابطة disconnected intellectual لاتتاثر بالضوضاء المالوفة. اما اذا كانت العمليات مترابطة مع بعضها البعض وتستلزم تحميلاً مستمراً على الذاكرة، فهنا تكون المسالة مختلفة ففي احد الاختبارات العقلية الحسابية أُشير الى ظهور آثار غير مألوفة اذ ان المسالة تلاشت واختفت قبل ان يتمكن الشخص من البدء بعملية الحساب.وبصورة مماثلة فقد وجد اثر الضوضاء في مهمة للبحث عن اعداد في صحيفة تحتوي على انواع كثيرة من الاعداد، بينما العدد المستهدف يتغير بصورة متكررة توجب على المبحوثين طبع ذلك او ان يحملوا ذلك في خاطرهم وعقلهم. وهذا يعني ان المهام المعقدة تختلف عن البسيطة. ولا تؤثر الضوضاء في الوظائف الاساسية التي تتجمع فيها مهام اكثر تعقيداً.

وفي عام 1957 قام Miller بتجربة عن اثر الشدة العالية للضوضاء في الذاكرة وكانت العينة (48 ذكراً) من طلاب الكلية المرحلة الثانية وقد أُخذوا متطوعين من صفوف القوة الجوية. وكان هدف الدراسة التعرف على اثر الضوضاء العالية الشدة في كل من التعلم learning والتذكر retention، واعادة انتاج المواد الشفهية، ولا سيّما في اجواء الطيران العسكري، لان الاوامر

والتعليمات تُنقل شفوياً من شخص الى آخر، وفي الوقت نفسه فإن الشخص الاخر يطلب منه ان يتصرف على وفق التعليمات التي تلقاها. ومصدر الصوت صمم لانتاج ضوضاء عالية الشدة مشابهة لتلك التي تصدرها أية طائرة وقد ضخمت وأُدخلت الى غرفة تجريبية عن طريق جهاز مكبرات صوت عالية إذ بلغ مستوى الضوضاء dB111 وتردد 6000 Hz. وقد تمت موازنة النتائج والاخطاء في ظرفي الهدوء والضوضاء وجاءت الاستنتاجات:

1. الضوضاء ذات الشدة والتردد الموظفة في هذه التجربة لاتؤثر بشكل واضح في تذكر المواد الكلامية المتعلمة تحت الظروف القياسية.
2. استرجاع المواد التيتعلّمت عن طريق مثيرات سمعية لم تتدخل فيها الضوضاء، كما هو الحال مع المواد التي تعلمت عبر مثيرات بصرية.
3. تبعا للتقارير الذاتية للمشاركين فإن مثير الضوضاء المستعمل قد اثار ردود افعال فيما يتعلق بثمانية تصنيفات نفسية لرد الفعل شملت (الانزعاج العام، والتضايق، والتشويش، والعصبية والخوف والغثيان والالم والدوار).
4. التقارير الذاتية للمشاركين اشارت الى وجود انزعاجات اولية بسبب مثيرات الضوضاء لكن بما ان التكيف قد حصل سريعا، لذا فإنه بعد هذا التكيف لم تعد الضوضاء مثيراً مزعجاً.

ثانياً. المتغيرات المتداخلة:

متغيرات الضوضاء Noise Variables

ان مستوى الصوت يعد واحداً من اهم مقاييس الدرجات (البارامترات) عندما يحصل التنبؤ بالتاثيرات على الاداء، فحتى وقت قريب كان يعتقد ان مستوى تاثيرات البداية هو 95 dB ولكن في البحوث الحديثة مثل بحوث Jones 1990 أُشير فيها الى مستويات اكثر انخفاضاً، فالتاثيرات على مهمات رد الفعل

المستمر قد لوحظت للضوضاء المستمرة مع مستويات ضوضاء 90 dBC و فيما يتعلق بالضوضاء المتقطعة 80 dBC كما ان التردد والخصائص الوقتية تؤدي دوراً مهماً. فالصوت عالي التردد يعد اكثر تاثيراً من الصوت الاقل ترددا، والضوضاء المتقطعة يمكن ان تؤثر في الاداء بشكل اكثر سلبية من الضوضاء المستمرة ذات الطاقة المماثلة، وان التقطيعات غير المنتظمة او الثابتة تكون اكثر تاثيراً من التقطيعات المنتظمة، كما ان الضوضاء المندفعة تعد مؤثرة. ولكن هذه التاثيرات تعد قابلة للتغير، اعتمادا على صعوبة المهمة وعوامل اخرى. وركزت كثير من البحوث التي أُجريت في العقد الماضي على تاثيرات الكلام غير المتصل بالموضوع (irrelative) اذ ان التاثيرات العكسية للحديث غيرالمتصل تظهر على انها مستقلة عن مستوى الصوت، على الاقل ضمن مستوى 55- dB95. ولذلك فهي غير قابلة لان تقلل عن طريق تخفيف مستويات الصوت الى dB10 او ما شابه. ولقد ظهر ايضا بأن الحديث غير المرتبط يؤثر في العمليات التي تتضمن الذاكرة Memory مثل (التفكير الاستنتاجي reasoning، والرياضيات العقلية mental arithmetic وحل المشكلة problem solving). اكثر من تاثيرها في الانتباه. وعموما فإن الحديث ذو المعنى meaningful speech سواء أكان متصلاً بالموضوع ام غير متصل يعد اكثر ضررا من حديث غير ذي معنى وتعد مثل هذه النتائج مهمة جدا للعديد من الدراسات الحديثة والبيئات المدرسية إذ ان معالجة المعلومات والتبادل الكلامي يعدان من الامور المهمة جدا.

ولتوضيح ذلك قام محمود وعيسى عام 1985 بدراسة تجريبية عن اثر الضوضاء في عملية التعلم. شملت العينة (100طالب) من كلية الاداب\الجامعة المستنصرية. وكان هدف الدراسة معرفة اثر الضوضاء بانواعها المختلفة (ذات المعنى، وغير ذات المعنى، وذات العلاقة باهتمام الافراد، وغير ذات العلاقة باهتمام الافراد) في كل من:

1. التعلم اللفظي الذي يدخل في عملية الاستيعاب والحفظ والاسترجاع.

2. اداء مهارة عملية.

وضمن ادوات الدراسة تسجيل في مكان عام (كافتريا الجامعة) ليشمل الضوضاء غير ذات المعنى إذ تتداخل الاصوات وتصبح غير مفهومة اما تحديد مستويات هذه الضوضاء (عالي، ومتوسط، ومنخفض) فقد تم على اساس تقسيم مفتاح الصوت في المسجل الى ثلاثة اجزاء متساوية، اما فيما يتعلق بالضوضاء ذات المعنى ولكن ليست ذات علاقة باهتمام الفرد في التجربة، فقد استعمل تسجيل لمتحدث في موضوع عن الاقتصاد الرياضي، وهو بعيد عن المعلومات التي يعرفها افراد التجربة. اما فيما يتعلق بالضوضاء ذات المعنى وذات العلاقة باهتمام الافراد فقد استعمل تسجيل المتحدث في موضوع علم النفس وهو تخصص افراد التجربة. وكانت المهارة اللفظية المطلوب تعلمها، قصيدة غير معروفة لافراد التجربة كما صرحوا هم بذلك. وكان الاداء العملي، لعبة تتكون من لوحة مربعة الشكل تحتوي على مربعات صغيرة قسم منها يحتوي على ارقام واخرى مظللة لاتحتوي على ارقام. فضلا عن مكعبات بلاستيكية مختلفة تتكون من ثلاثة او اربعة اوجه ملتصقة مع بعضها، كل واحد منها مساو للمربعات الموجودة في اللوحة، بينت النتائج ان الضوضاء مهما كان نوعها لها تاثير على تعلم او حفظ المهارات اللفظية التي تدخل فيها عمليات عقلية مثل الاستيعاب والحفظ والاستعادة او على التذكر بشكل عام موازنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للضوضاء. كما بينت النتائج ذات المعنى سواء ذات العلاقة باهتمام المبحوث او غير ذات علاقة، اكثر ضررا من الضوضاء غير ذات المعنى. اما فيما يتعلق باداء المهارة العملية، فقد بينت النتائج ان للضوضاء اثراً على اداء المهارة العملية، بين المجموعة التي لم تتعرض للضوضاء (الضابطة) وتلك التي تعرضت لضوضاء غير ذات معنى عالية الشدة او ذات معنى وذات علاقة باهتمام الفرد.

وأحد اهم الخصائص المميزة للضوضاء هي التي تميز الضوضاء المستمرة عن المتقطعة اذ يرى Broadbent ان هناك فرقاً بين بداية الضوضاء وتاثيرها بعد ان تقدّم لبعض الوقت، والتاثيرات المنتشرة التي تحصل من الضوضاء المفاجئة غير المتنبأ بها، لكن تختفي هذه التاثيرات عندما يعتاد الشخص عليها. وهذا التأثير هو رد فعل التغير الحاصل في البيئة وليس للمثير عالي الشدة، اذ ان التأثير نفسه يمكن الحصول عليه عند ايقاف الضوضاء الموجودة. ويعدّ حجم التغير عاملاً مهماً. وقد اظهر Teichner واخرون عام 1963 بأن الانزعاج يكون اكبر نحو الارتفاع او الانخفاض في مستوى الضوضاء.

والسؤال المطروح هو (اذا استمرت ضوضاء متنوعة لبعض الوقت) هل نستطيع عدّ كل تغير حاصل في المستوى ينتج ازعاجاً جديداً؟ وللاجابة على هذا السؤال بينت الاختبارات التقليدية بأن التاثيرات المضرة تختفي تماماً. الامر الذي يعدل من الاداء اذا ما استمر لمدة طويلة من الوقت: لكن Woodhead (1958، 59، 60) قد اظهرت بأنه يمكننا ان نجد تأثيراً للضوضاء المتقطعة اذا ما حللنا الاداء مع المهمة المستمرة المصحوبة بتقطعات ضوضاء كل واحدة امدها ثانية واحدة، وبهذا وجدت الباحثة في هذه الحالة، بأن نصف دقيقة الاداء التابعة لتقطيعة اظهرت نقصاً في مستوى الاداء عند موازنتها بنصف دقيقة اداء في ظرف السيطرة (عدم وجود ضوضاء) وعلى الرغم من هذا فإن الاداء في الاختبار كان نفسه عندما تكون التقطيعات الصوتية موجودة او غير موجودة. ان هذا التاثير يعتمد على شدة تقطيعة الضوضاء ويكون بارزا عند مستوى dB95، وغير بارز عند مستويات الشدة الاقل. فضلا عن هذا فإنه ينتهي عند ارتداء واقيات الاذن بشرط ان تقطيعة الضوضاء تكون في مستوى يمكن لواقيات الاذن ان تقلله. وهذه النقطة ذات اهمية نظرية وعملية في الوقت نفسه، لان واقيات الاذن تقلل الضوضاء الخلفية Background والتقطيعات المفاجئة، ويظهر بأن هذا التاثير ليس رد فعل لحجم التغير الحاصل في المثير بل انه ينسب (يعزى) الى الشدة التي

تتلقاها الاذن. ويعزى انخفاض الاداء الى التحميل الزائد لسعة الجهاز العصبي في اللحظة التي يتعامل فيها مع مثيرين. وقامت Woodhead عام 1964 بدراسة استعملت فيها (ضوضاء متقطعة شديدة) في اثناء اداء مهمة حسابية تقدم فيها المسائل لخمس ثوان. وبعدها يترك الفرد ليحسب بحرية مستندا الى ذاكرته حتى يتمكن من اعطاء الجواب، فاذا ما وصلت الضوضاء المتقطعة بينما كان الفرد يتلقى المعلومات حول المسالة فإن مستوى الدقة سوف يقل عندها، واذا ما وصلت الضوضاء المتقطعة في أثناء عملية الحساب فإن الدقة حينها لن تتاثر. وقد كان هناك تاثيرٌ ثانوي بعض الشيء على سرعة العمل، لكنه لم يكن كافيا ليحدث تغييرا في معدل المستوى الكلي، ان التاثير الضار الرئيس للضوضاء المتقطعة الذي درسته Woodhead، ادراكي ويتعلق باخذ المعلومات وليس العمليات التي تطبق على المعلومات التي تلقيت مسبقا.

وقد حصل Mc Grath على نتائج اظهرت بأن المثير الصوتي acoustic stimulation يحسن اليقظة البصرية visual vigilance وقد حُصِل على هذه النتائج عند مستوى dB72 فقط. والصوت الذي حسن من اليقظة كان خليطاً من الاصوات (ضوضاء مرور، موسيقى). مما اكد بأن تنوع الصوت وليس شدته هو العامل الذي حسن من اليقظة، اذ ان شرط (ظرف) السيطرة كان ضوضاء ثابتة ومستمرة لكن بالشدة نفسها. اذن فالاجابة على سؤال كيف تؤثر انماط متنوعة من الضوضاء في الاداء؟ هو ليس باستطاعة الفرد ان يحدد المستويات الحرجة او انماط انواع الضوضاء التي ستعيق الاداء على الدوام او الانماط التي لن تؤثر في الاداء. ولكن هناك مبادئ عامة يمكن التنبؤ عبرها عن تأثير انواع مختلفة من الضوضاء وهي:

1. **الاصوات الجديدة** Novel Sounds

كلما قل التباين والتنوع في الضوضاء الغريبة قل تأثير الضوضاء في الاداء تاثيراً سلبياً ، فالاداء يضطرب ويضعف عند اصدار الضوضاء بصورة غير متوقعة او عند غلقها ، وكلما ازدادت مثل هذه الاحداث ازداد وضوح الاثر. ففي احدى دراسات مهمات البحث Search task ، اعطت ضوضاء بيضاء بمستوى ضغط صوتي 100 dB اداءاً افضل عند تقديمها بصورة مستمرة من وجودها بنسبة 70٪ عمااذا قدمت بصورة متقطعة. وتصح هذه النتائج فقط عندما تكون الضوضاء غير مألوفة في بداية مدة العمل.

2. **الضوضاء المتقطعة والمتباينة** Intermittent and Varying Noise

يضطرب الاداء عبر التشتيت الاولي للانتباه نتيجة احداث ضوضاء او اطفاءها ، وفي المعدل (المتوسط) فإن هذا الاثر يتلاشى مع الممارسة والمران، ولكن حتى الافراد ذوي الخبرة experienced يعانون تدهوراً وقتياً في الاداء عند تغير الضوضاء ويعود الفرد بكفاءة مفاجئة ومتزايدة مابين المتغيرين المفاجئين، ولبرهنة هذا الاثر استعملت احدى الدراسات اختباراً كتابياً clerical test متكوناً من الارقام التي هي اقل من عشرة وقدم الى عينة الدراسة الذين توجب عليهم شطب كل رقم بنمط مختلف من العلامة التي شطب بها رقم اخر. لقد كانت الميزة غير المألوفة (النادرة) في هذه الدراسة هو ان المبحوثين يبلغوا كل دقيقة بالتاشير او الانتباه الى المدى الذي وصلوا اليه في الاختبار.

وعمل المبحوثون لمدة نصف ساعة اما في شرط ضوضاء بيضاء ثابتة ومستمرة وبمستوى ضغط صوتي dB70 اوفي شرط ضوضاء متباينة (ومتغيرة varying) تتالف من 16 نغمة عزفت بترتيب عشوائي وبمستويات ضغط صوتي يتباين من65- 90 dB ، ان متوسط الاداء لم يبد فرقاً بين انواع الضوضاء الا ان الضوضاء المتباينة اعطت فروقا اكبر وبصورة ملحوظة بين دقائق الاختبار، فالمبحوثون في بعض جوانب المهمة كانوا يؤدون بصورة بطيئة جدا وفي جوانب

اخرى كانوا يؤدون بسرعة جدا، من دون ان يؤثر ذلك في المعدل. وفي دراسة اخرى استعملت فيها مهمة لرد الفعل المتسلسل task of serial reaction التي توجب فيها الضغط على واحد من خمسة بدائل استجابة لتوهج واحد من خمسة اضواء. وكل استجابة تولد مثيراً جديداً، وفي اثناء هذه المهمة كانت هناك نوبة مفاجئة burst هادئة نسبيا من الضوضاء وفي احيان اخرى كانت بمستوى ضغط صوتي dB80. ومرة اخرى لم يكن هناك اثر للضوضاء في متوسط الاداء، الا انه كان هناك توقف عند المسافة الفعلية لوصول كل صوت والذي يتبين عبر زمن رد الفعل الطويل الذي يحدث in progress في الوقت الذي يحدث فيه الصوت.

واستعملت دراسة تحليلية اخرى مهمة حسابية عقلية واعطت المبحوثين زخماً من الضوضاء المتقطعة بمستوى dB100 في اثناء تقديم مسالة جمع او في اثناء القيام بعملية الحساب بعد ابعاد النظر عن المسالة. اذا ما حدثت الضوضاء الانفجارية في اثناء نظر المبحوثين في المسألة فإن اداءهم يميل الى التدهور وارتكاب اخطاء، اما عندما حدثت الضوضاء في اثناء مدة عملية الحساب، فإن اداءهم كان افضل بقليل مما في الهدوء، ويبدو في هذه الحالة ان تدهورا وجيزا يحدث لحظة حدوث الصوت وسببه يعود الى تشتيت الانتباه عن المعلومات الواردة (incomming information) تاركين عملية الحساب الروتينية من دون تاثر.

وقد تستمر الاثار المذكورة اعلاه بثوان قليلة بعد حدوث الصوت ولكن في دراسات اخرى فإن مهمة تستلزم اتخاذ قرارات مناسبة appropriate decisions حول سلسلة سريعة من المثيرات البصرية اشارت الى تدهور حوالي خمسة قرارات بعد كل صوت مفاجيء من الضوضاء، والوقت المخصص هو 20- 30 ثانية، وقد ظهرت الاثار عندما كانت الضوضاء الانفجارية، صوتاً لصاروخ مسجل بمستوى ضغط صوتي قدره dB95، وغابت تلك الاثار عند مستوى 85dB، كما انخفضت الاثار عند ارتداء واقيات للاذن، ويبدو ان هذا الفرق يعود الى مستوى ضغط الصوت الفعلي للمثير وليست الى التغير من المستوى السابق، أي الى الاثارة

excitement واليقظة aroused وليس الى تشتيت الانتباه distraction. والاثر لايزال يزيد من التباين في المهمة عن طريق توليد مدد من عدم الكفاءة تتخللها مدد من الكفاءة فوق الطبيعية.

3. مستويات الطيف الصوتي واجزاؤه Levels and Parts Of The Spectrum

على الارجح تكون اثار الضوضاء في الاداء ضارة جدا detrimental عندما تكون مستويات الضغط الصوتي فوق dB95. وان هناك مؤشراً يفيد بأن الترددات العالية تكون اكثر خطورة على الاداء من الترددات الواطئة. ففي احدى الدراسات استعملت مهمة واحدة عند مستويات صوتية مختلفة وبطيف من الضوضاء المستمر، وقد استعمل اختبار مكون من خمسة اختيارات five-choice، ولقد تبين الاثر على الاداء عند ضغط صوتي dB100 وللضوضاء عالية التردد. وفي دراسة على مشغلات مخرطة الخشب والمعادن استعملت اصوات مختلفة بين 75- Hz9600 وبمستويات متباينة، وقد ذكرت زمن الخطأ الفعلي الموجود لدى كل نوع من الضوضاء، وتوضح ان سبب الاثار الضارة تعود بشكل رئيس الى الاوقات التي يكون فيها مستوى ضغط الصوت dB100 او اكثر في تردد يزيد على Hz2400.

اما في الوقت الحاضر فقد التُفت الى اثار الترددات الواطئة إذ عمدت وكالة يابانية الى دراسة تاثيرات الترددات المنخفضة للصوت Low frequency sound اذ ترى وكالة البيئة اليابانية ان للترددات المنخفضة الصادرة من اجهزة مختلفة مثل (محركات العربات، مكيفات الهواء، ومكائن المصاعد...الخ) تعد ذات اثار ضارة للبشر، اذ يخمن الخبراء بأن حوالي 20,000 شخص في اليابان يتاثرون وبشكل ضار بمثل هذه الاصوات. ويرى كل من & Burgland 1995 Lindvall ان نمط الضوضاء التي تستحق الدراسة هي الضوضاء ذات التردد الواطئ. فالضوضاء ذات التردد الواطئ شائعة كونها ضوضاء الخلفية Background noise في البيئات الحضرية وانبعاثها من مصادر صناعية مختلفة

مثل المركبات والطائرات والمكننة والتهوية داخل المنازل ومكيفات الهواء ذات التردد الواطئ التي تحتل اهمية خاصة بسبب تفشيها في المجتمع نتيجةتعددمصادرها وتدني كفاءة المساكن.

متغيرات المهمة Task variables

لقد عُرِّفت صعوبة المهمة في العديد من التجارب على انها محدد مهم لتاثيرات الضوضاء على الاداء، فإن التعرض للضوضاء عادة ما يترك المهمات الروتينية البسيطة من دون التاثير عليها، ويمكنها حتى ان تعمل على تحسينها، وذلك على افتراض رفع مستوى يقظة الفرد، وفي بعض المهمات مثل الحساب والوظائف التي تتطلب عمليات عقلية، يمكن ان تقاطع وقتياً من دون حصول تناقصات في الاداء العام. لكن اذا كان مستوى الضوضاء عالياً بدرجة كافية او اذا اصبحت المهام اكثر صعوبة، عندها سيكون للضوضاء تاثيرات عكسية. وعندما تكون هناك مهمتين او اكثر يجب اداؤها في الوقت نفسه في بيئة صاخبة، عندها يبقى الاداء للمهمة الاساسية غير متأثر بينما يتراجع مستوى الاداء للمهمة الثانوية.

ففي دراسة لـ(Boggs & Simon) 1968 عملا على اختبار الفرضية القائلة بأن الاثر التدهوري في الاداء الناجم عن الضوضاء يتباين بوصفه دالة لتعقد المهمة task coplexity تالفت العينة من (24) ذكراً (24) انثى من المرحلة الاولى من طلبة قسم علم النفس وكان شرط الضوضاء الذي تعرض له المبحوثون عبارة عن ضوضاء مسجلة لصوت منشار لقطع الالمنيوم، تقدم بشكل اندفاعات متقطعة لمدة 0.5 ثانية وبمستوى ضغط صوتي 92 dB وكانت المهمة الاساسية من النوع الادراكي – الحركي Motor – Perceptual اما المهمة الثانوية فكانت مراقبة سمعية auditory –monitoring. وكان مقياس المهمة الاساس هو زمن رد الفعل للاختيار choice reaction time (RT) بمستويين معقد وبسيط، فلقد كانت المهمة سهلة اذا رتبت المفاتيح بصورة قريبة من اضواء تعمل مثيرات، وكانت

صعبة اذا فصلت المفاتيح إذ من الصعب مزاوجتها مع الاضواء وقد ادى المبحوثون جميعهم في شرطي الضوضاء والهدوء، وكانت مؤشرات الاداء هي الاخطاء التي يرتكبها افراد العينة في المهمة الثانوية، وانتجت الضوضاء زيادة اكبر وذات دلالة في اخطاء المهمة الثانوية عند مزاوجتها مع المهمة الاساسية المعقدة من مزاوجتها مع المهمة الاساسية البسيطة.

لقد كان اداء المهمة الثانوية مقياساً اكثر حساسية لتعقد المهمة واثر الضوضاء من مقياس زمن رد الفعل. وتبرهن نتائج هذه الدراسة على ان الضوضاء تولد انخفاضاً دالاً في الاداء، وان هذا الانخفاض يتباين بوصفه دالة لتعقد المهمة، وتحتاج الكثير من المهام الى قدرة عقلية ادراكية اجمالية أقل من تلك المتوافرة لدى الفرد، وفي هذه المواقف فإن الشخص يمتلك ما يصطلح عليه بالطاقة الاحتياطية reserve capacity المتحررة (free) من مطالب المهمة، فعند ازدياد المطالب الادراكية المهمة او الموقف فإنه يسحب او يرفع من القدرة العقلية (الطاقة الاحتياطية)، وعن طريق قيامه بذلك يكون قادراً علىالحفاظ على اداء المهمة عند مستوى عال وثابت، واستعمل الاداء في المهمة الثانوية في هذه الدراسة على انه مقياس الطاقة الاحتياطية، وفي هذه التجربة فقد فرضت المهمة الاساسية المعقدة مطالب ادراكية اكبر من المهمة الاساسية البسيطة، لذا فقد توافرت طاقة احتياطية اقل للمهمة الثانوية عند مزاوجتها مع المهمة المعقدة، موازنة بمزاوجتها مع المهمة البسيطة، مما اسفر عنه عدد اكبر من الاخطاء في المهمة الثانوية، فقد توجب على المبحوث سحب الطاقة الاحتياطية كي لايتأثر الاداء في المهمة الاساسية بالضوضاء. وهذا ما يفسر شيوع النتائج السلبية في الدراسات المختبرية التي تستعمل فيها الضوضاء.

وفي دراسة لـ Park وآخرون عام 1963 عن اثار الضوضاء وصعوبة المهمة في اداء عملية القسمة. كانت العينة (40 طالباً) من الذكور في مرحلة الجامعة قسموا على شكل 4 مجاميع مجموعتان منهم عملت على حل مسائل قسمة سهلة

(تعرف على انها مسائل ذات مقسوم عليه واحد (رقم واحد)، والمجموعتان الاخريتان عملتا على حل مسائل قسمة اكثر صعوبة (تعرف على انها مسائل تحتوي على مقسوم عليه برقمين). وفي مدد فاصلة ذات خمس دقائق تعطى اشارة لكل شخص بأن يضع علامة على ورقته تحت اخر سؤال اكمله. ومن كل مجموعة، واحدة منها قام افرادها بحل مسائلهم تحت مستوى ضوضاء الغرفة (50- dB70) والمجموعتان المتبقيتان عملتا على حل مسائلهما في الوقت نفسه بوجود ضوضاء (98- dB108) مصدرها منبه (هورن) هوائي موضوع على ارتفاع 6 اقدام فوق مستوى الارضية امام صف حجمه (23 × 25.5 ×10 اقدام). ولم تظهر النتائج تاثيراً على متوسط الاداء الذي يمكن ايعازه لمستوى الضوضاء هذا من جهة ومن جهة اخرى، فإن مستوى الضوضاء المتزايد قد ازدادت معه درجة تغير الاداء للاشخاص الذين يعملون على المسائل السهلة، وهذا التغير الذي حصل مع المسائل السهلة وليس الصعبة لايتوافق مع النتائج التي تؤكد ان المهمات الاسهل تكون اقل تأثراً بالضوضاء من الصعبة. ففي الدراسة الحالية ربما كانت المسائل جميعها غير صعبة للطلاب.

التاثيرات اللاحقة للضوضاء في الاداء After - Effects

ان فكرة التعرض المستمر للمجهد يمكن ان ينتج عنه تاثيرات تظهر فقط بعد ما تنتهي الاستثارة، وقد كانت منتشرة في العديد من دراسات الضغوط ولسنين عدة وهذا الافتراض قد اخذ بشكل رئيس من فرضية الكلفة التكيفية Costs to that adaptation التي تقترح بأنه على الرغم من ان الانسان يمكنه التكيف مع الظروف القصوى فإن هناك كلفة متجمعة او متراكمة لمثل هذا التكيف، وفي شكل سابق لهذه الفرضية، قد كان التاكيد على الكلفة البايولوجية لعمليات التكيف هذه وقد عرض هذا سيلي Selye 1956 الذي اقترح بأنه بعد التعرض المطول لمجهد ما، فإن الذخيرة التكيفية للمرء تستهلك، وتنهار المقاومة ويبدأ الانهاك، وقد اكد على ذلك كل من (Wohlwill 1966;

Milgram 1970; Dubos 1965; Basowitzetal 1955) واشار Dubos الى انه على الرغم من ان الانسان يعد قابلاً للتكيف ويستطيع تحقيق التكيف مع الظروف غير المرغوبة جداً فإن مثل هذا التكيف غالباً ما يكون له تاثيرات غير مباشرة ومؤذية.

وبناءً على البحوث السابقة التي اوضحت بأن القدرة او (القدرة المدركة perceived ability) ، على التنبؤ بحدث غير مرغوب فيه يقلل من الخاصية السلبية للمثير (Corah & Boffa, 1970; Pervin, 1963)، والاستجابة الفسلجية الناتجة. ان كلاً من Glass & Singer تأثرا من قبل بفرضية الكلفة التكيفية، فلقد اقترحا بأن التاثيرات المحددة في الاداء الذي يتبع التعرض الى مجهدات غير قابلة للسيطرة عليها او التنبؤ بها، سوف تترك الشخص غيرقادر على مواكبة المتطلبات اللاحقة والاحباطات لان الضغط القابل للسيطرة والتنبؤ يكون التكيف له اقل ازعاجا وسوف يتطلب جهودا اقل ولذلك سوف يكون تعطيله لاداء مابعد الاستثارة اقل.

وقد استنتج كل من Glass & Singer ان التعرض للضغط غير القابل للسيطرة والتنبؤ به ينتج عنه (عجز deficit) مابعد الاستثارة في الاداء لمهمات عدة وتحمل احباط واطئ، ان القدرة على التنبؤ والسيطرة يقلل من هذا العجز وقد قام Glass & Singer 1972 بنشرعدد من الدراسات التي تقوم بتفحص تاثيرات مابعد الاستثارة Post-stimulation المتمثلة بتأثيرات مابعد التعرض لضوضاء لايمكن السيطرة عليها او التنبؤ بها .

هذه الدراسات تتضمن 25 دقيقة تقريبا من التعرض الى تقطيعات صوتية عشوائية ذات (108- dB110) من ضوضاء تكونت من اصوات المدينة. وفي اثناء التعرض للضوضاء كان المشاركون يعملون على مهمات معرفية بسيطة. وقد روقبت الاستجابات التلقائية في اثناء التعرض الى مصدر الاجهاد. وبعد التعرض للضوضاء مباشرة أُجريت ثلاثة قياسات علىالمشارك : التحمل لمهمات

الاحباط tolerance for frustration tasks لـ(Feather, 1961)، ومهمة القراءة والتصحيح الطباعي (proof– reading task) لـ(Glass & singer,1972) ومهمة الكلمة اللون (color –word task) لـ(. Stroop, 1935).

ويتطلب اختبار Feather من المشارك العمل على حزورتين Puzzles قابلتين للحل وحزورتين غير قابلتين للحل لمدة (15) دقيقة. لقد قُدِّمت الحزورات بحيث تكون الاولى والثالثة غير قابلتين للحل والثانية والرابعة قابلتين للحل، ولايستطيع المشارك العودة الى الحزورة بعد ان اتجه نحو الاخرى، المقياس المعياري لمقدار التحمل للاحباط هو عدد المحاولات، او مقدار الوقت الذي يقضيه في الحزورات غير قابلة للحل. اما مهمة القراءة – التصحيح الطباعي proof - reading فتتضمن تصحيح التهجي الخاطئ والاخطاء النحوية، والتنقيط غير الصحيح، وتحويل مواقع الكلمات والاخطاء الطباعية Typographical error، وكل مشارك يُعطى 8- 15 دقيقة وتقاس نوعية الاداء على اساس النسبة المئوية للاخطاء التي لا تكتشف من العدد الكلي من الاخطاء التي قد امكن تتبعها عند النقطة التي اخبر المشارك فيها ان يتوقف. وفي مهمة ستروب، كانت المثيرات اسماء لاربعة الوان (الاخضر، والاحمر، والبرتقالي، والازرق). كل كلمة من هذه الكلمات طُبعت باحد الالوان الثلاثة الاخرى. على سبيل المثال، كلمة اخضر يمكن ان تطبع بالاحمر او البرتقالي او الازرق. كلمات الالوان الاربعة قُدِّمت بشكل عشوائي ويطلب من المشارك ان يسمي اللون والكلمة التي طبعت، ويطلب من المشارك تسمية الوان مجموعة من العلامات الطباعية (نجمات asterisks) او الاصفار zeros (وهي مثيرات السيطرة). ان درجات ستروب في السرعة والدقة يُحصل عليها عن طريق طرح درجات المشارك على مثيرات السيطرة من درجات ستروب.

ان عجز مابعد الاستثارة في الاداء حُصل عليه في المهمات الثلاث كلّها. فقد اظهرت البيانات التي قدمها كل من Galss & Singer انها قابلة للاعتماد عليها

جدا وقد كررها باحثون عدة امثال (.Gradner,1978. Rotton et al, 1978 (Wohlwill et al, 1976). وعلى الرغم من ان Glass&Singer قد اقترحا في بحثهما بأن تاثيرات مابعد الاستثارة قد حصلت فقط بعد الضوضاء غير المتنبأ بها ، وهناك دراستان في الاقل اظهرتعجزا مماثلا يتبع التعرض الى ضوضاء مستمرة عالية الشدة وثابتة الحالة. مثل هذه الضوضاء المستمرة الثابتة الحالة لاتمتلك من الناحية الافتراضية مكونات لايتنبأ بها ، وهكذا فإن البيانات حول تاثيرات مابعد الاستثارة للضوضاء التي ينتج عنها عجزٌ في الاداء تظهر على انها ثابتة فيما يتعلق بالضوضاء المستمرة القابلة للتغير والضوضاء المستمرة الثابتة الحالة steady-state وايضا فيما يتعلق بالضوضاء غير المتنبأ بها.

فامكانية التنبؤ باشارة الضوضاء تعمل على تقليل تاثيرات الضوضاء اللاحقة بشكل كبير، وفي احدى الدراسات لـ(percival & loeb, 1980) اوجدت ان نوع الضوضاء يؤثر ايضا في التاثيرات اللاحقة ، فضوضاء الطائرات المعدل لانتاج بدايات ونهايات مفاجئة ينتج عنها تحملٌ للاحباط اقل مما هو الحال عليه في الضوضاء البيضاء.

التحمل النفسي Tolerance

يتعرض الانسان في اثناء حياته الى العديد من التنبيهات الداخلية المرتبطة بحاجاته العضوية ، والخارجية المرتبطة بالبيئة المحيطة به ، وتتطلب تلك التنبيهات المختلفة من الفرد ان يستجيب اليها بسلوك معين ، وقد تكون الاستجابة ملائمة او غير ملائمة بحسب كفاءتها ومدى تطابقها مع شدة التنبيه ، ويختلف الافراد في استجاباتهم الى التنبيهات والمواقف المختلفة تبعاً للفروق الفردية بينهم ، فالموقف الذي يتضمن تحدياً لشخص ما ، ربما يبدو مهدداً لشخص اخر ، ولا يستجيب الشخص الى الاخطار او التهديدات التي تتجسد امامه في بعض المواقف فقط ، وانما تتاثر استجابته بتوقعاته عن تلك الاخطار والتهديدات ومظاهرها التي خبرها في السابق على حد سواء (Evans,1982) فيؤكد (Lazarus 1966) دورالفرد

وادراكه العوامل المهددة والضاغطة، اذ تتقررالاستجابة عن طريق الدرجة التي يدرك فيها الحدث على انه مهدد او مؤذٍ.

وبما ان السلوك التوافقي مطلوب من الفرد - كما يؤكد Lazarus - بسبب الوجود الثابت للتنبيهات والمتطلبات الداخلية والخارجية المتعددة، وبما ان التاثير النفسي للمتطلبات الخارجية يعتمد على الخصائص النفسية والبايولوجية للفرد وعلى طبيعة العلاقات التكيفية التي يمتلكها مع البيئة، فمن المرجح ان يتعامل الافراد الذين ينظرون الى عوامل الضغط البيئي على انها عوامل يمكن السيطرة عليها ومواجهتها. تختلف كليا عن اولئك الذين ينظرون الى تلك العوامل على انها عوامل تهديد وخارجة عن سيطرة الفرد. وقد اشارت كوباسا Kobasa الى ان البحوث والدراسات التي اجريت في العقود الثلاثة الماضية، اكدت ان احداث الحياة الضاغطة تعجل في ظهور الامراض النفسية والجسمية، وان دراسة الافراد الذين يتعرضون الى درجات عالية من الضغوط من دون ان تتعرض صحتهم النفسية او الجسمية الى المرض دفع الكثير من الباحثين الى التساؤل عن العوامل الوسيطة التي تؤثر في طريقة الاستجابة والتعامل مع احداث الحياة الضاغطة، فازداد الاهتمام بالمتغيرات النفسية كونها متغيرات وسيطة تتوسط الاستجابة للمواقف الضاغطة وترتبط بتقويم احداث البيئة (Evans, 1982) وقد تناول الباحثون معظم المتغيرات النفسية ودرسوا علاقتها بالتعامل مع مختلف اشكال الضغوط ومن هذه المتغيرات التحمل النفسي. إذ تشير بحوث (McCrat,1984) الى ان التعامل مع احداث الحياة الضاغطة اعتمادا على هذه المتغيرات يعد عاملاً اساساً في العلاقة بين تلك الاحداث وعلامات الاضطراب في الصحة النفسية والجسمية. وطبقا الى Kobasa فإن الاشخاص الذين يخبرون درجات عالية من الضغوط من دون ان يتعرضوا الى مرض او اضطراب لهم تركيب شخصي يتميزون به عن الاشخاص الذين يصابون بالمرض من دون تعرضهم الى الضغوط

ذاتهـا، ويوصـف هـذا التركيـب عـن طريـق مفهـوم التحمـل النفسـي. وتفـترض Kobasa ان الاشخاص الذين يتصفون بهذا التركيب لديهم ثلاث سمات رئيسة.

1. سمة السيطرة (control): الاعتقاد بانهم قادرون على ضبط الاحداث والسيطرة عليها بخبراتهم الخاصة.
2. سمة الالتزام (commitment): القدرة على الشعور بعمق المشاركة او الالتزام في ما يتعلق بنشاطات حياتهم وسلوكهم.
3. توقع التغير (التنبؤ به) كونه تحديا نحو تطور ابعد او افضل، وهي سمة التحدي (challenge).

وقد تحققت Kobasa من صدق الفرضيات التي وضعتها بشأن السمات الثلاث المرتبطة بالتحمل النفسي، فقد كان الافراد الذين يتميزون بسمات السيطرة والالتزام، والتحدي اكثر صحة، ولاتظهر عندهم الاعراض المرضية عند تعرضهم الى احداث الحياة الضاغطة، بعكس الافراد الذين كانت صحتهم اقل، وظهرت لديهم الاعراض المرضية عند تعرضهم الى احداث الحياة الضاغطة نفسها. كما اعتمدت Kobasa على ما توصل اليه (Averill, 1973) عن طريق ملاحظاته المختبرية بأن هناك بعض البناءات الشخصية المنظمة لاتضعف عند تعرضها للمنبهات الضاغطة وافتراض ان الافراد الذين يبقون اصحاء من دون ان يشتكوا لديهم:

1. ضبط او سيطرة حاسمة (Decisional Control)، او قابلية على اختيار البديل المناسب من السلوك للتعامل مع الضغوط.
2. سيطرة معرفية (Cognitive Control)، او قابلية على تفسير مختلف انواع الاحداث الضاغطة ودمجها وتقويمها في خطة الحياة المتقدمة باستمرار لتعطيل او الغاء تاثيراتها.
3. مهارات المواجهة (التعامل) (Coping Skills) او رصيد كبير من الاستجابات الملائمة للضغوط، والمتطورة عن طريق الدافعية المتميزة

للانجاز عبر المواقف كلها، وبالمقابل هناك اشخاص تظهر عليهم اعراض مرضية عند تعرضهم الى مصادر الضغوط المختلفة، لان لديهم مستوٍ واطئ في الدافعية والاداء الضعيف، وعندما تحدث تلك الضغوط يفقدون كل وسيلة للمواجهة.

وتشير Kobasa الى (Moss 1973) الذي يرى ان دافعية الذين يبحثون عن التغيير تجعلهم يصممون على المثابرة وعدم التردد حتى عندما تكون الحقائق او المواقف الجديدة متعارضة الى حد بعيد، ومثيرة للاجهاد ويشير (Funk & Kent; 1987) الى ان قوة التحمل النفسي متغير يتوسط عملية التعامل مع احداث الحياة الضاغطة بحيث يحمي الفرد من الاضطراب، واوضحا ان الافراد الذين حصلوا على درجات واطئة في مقياس التحمل كانوا يتصفون بسوء التكيف.

كما اظهرت دراسة (Wendt, 1982) ان قوة التحمل عامل يتوسط بين الضغوط والمرض، وان هناك علاقة دالة بين قوة التحمل النفسي ودلائل المرض المعبر عنها بـ(التقرير الذاتي، والاعراض المرضية والتغيرات المزاجية والصحة العامة) والناتجة عن احداث الحياة الضاغطة. ولقد تعددت مصطلحات التحمل النفسي المستعملة فجاء مصطلح endurance ليشير الى قدرة الفرد على الاستمرار بعمل شاق او صعب لمدة، طويلة من الزمن من دون ان يشتكي، وقد وضعت كوباسا Kobasa 1979 مصطلح الـ(Hardiness) والذي عرفته على انه يخبر الفرد درجة عالية من الضغوط من دون ان يصاب بالمرض، ويتكون هذا المفهوم من ثلاثة مكونات: الضبط (control)، والالتزام (Commitment)، والتحدي (Challenge).

اما مصطلح الـ(Tolerance او Tolerate) فيشير الى تقبل الفرد لشيء ما او لشخص ما مزعج، او غير سار ...الخ من دون ان يشتكي.

ومرادفها Put up with .(Brown, 2000, oxford D.). واستعمل (1944Rosenzweig) مصطلح الـ(Tolerance ليشير الى تحمل الاحباط

(frustration Tolerance) واستعمله بهذا المعنى أيضاً كل من (Kaplan, 1952) و(Stagner, 1961) و(Arkoff, 1968). اما (Brunswik,1948) فقد استعمله ليعني به (تحمل الغموض Ambiguity Tolerance). وفي الدراسة الحالية سيستعمل مصطلح الـ(Tolerance) ليشير الى التحمل النفسي للضوضاء (Tolerance to Noise).

التحمل النفسي للضوضاء Tolerance to Noise

بدأ علماء النفس المعنيين بمشاكل البيئة بدراسة كيفية ردود افعال الناس للجوانب الضاغطة والمهددة في بيئاتهم المادية، ومن بين تلك المؤثرات الضوضاء، والازدحام، والتلوث الهوائي، وكانت هناك محاولات قليلة لدراسة الفروق الفردية الموجودة ولايختلف الناس في استجاباتهم الاولية للمشكلة فحسب بل يختلفون ايضا والى حد كبير في قدرتهم على التوافق لمثل هذه البيئات المزعجة عبر مدة زمنية طويلة، فعلى سبيل المثال تلك الدراسات المسحية حول المطارات التي اظهرت بان العديد من الناس في الاماكن المُعرّضة الى الضوضاء العالية جداً يبدون غافلين عنها، في حين انه حتى في المناطقالمسموحةوالبعيدة جدا، يوجد هناك بعض الافراد الذين يجدون بأن اصوات الطائرات تثير الغضب.

ففي دراستين تبين إن بعض الاشخاص ربما يكونون اكثر عرضة للاحساس بالضوضاء من غيرهم وعلى الاقل فيما يتعلق بقيمتها المزعجة، فقد درس Feidler & Feidler 1975 تذمر الساكنين في منطقة تقع بصورة مباشرة جوار مطار كبير فوجد ان تذمر الافراد في المناطق ذات الضوضاء العالية هو التذمر نفسه للافراد الذين يسكنون في مناطق ذات ضوضاء واطئة. ومن استنتاجات الباحثين: ان مصدر الضوضاء ونوعها وشدتها لها تاثير اقل فيما يتعلق بقيمتها الازعاجية من قدرة الافراد على تحمل الضوضاء، وهذا يؤدي الى الاعتقاد بأن القدرةعلى تحمل الضوضاء يمكن ان تكون سمة او على الاقل

هناك تفاعل بين صفات الفرد، وصفات الظروف وان هذا التفاعل هو المسؤول عن حالة الانزعاج.

وقد درس Weinstein 1978 الفروق الفردية في الحساسية من الضوضاء مستعملاً استبانة طبقت على الطلبة قبل التحاقهم بالجامعة واستطاع ان يميز بين الطلبة الذين ينزعجون من الضوضاء واولئك الذين لم ينزعجوا ووسم هؤلاء الافراد بـ(حساسين وغير حساسين). وبعد التحاقهم بالجامعة واقامتهم في القسم الداخلي للجامعة، راقب الباحث تقدمهم العلمي، وكذلك رضاهم عن السكن في القسم الداخلي وعدم رضاهم عنه فوجد ان جماعة الحساسين كانوا اكثر شكوى واظهاراً لحالة عدم الارتياح بمستوى الضوضاء داخل الاقسام الداخلية من الطلبة غير الحساسين، وقد ازدادت حالة عدم الرضا عبر السنة الدراسية، فضلاً عن ذلك فإن الاداء العلمي للطلبة الحساسين تاثر نتيجة الضوضاء، وتضيف هذه الدراسة بعداً آخر للبحث في الضوضاء، وهو الفروق الفردية، وهي تشيرالى ان الافراد لايتأثرون بصورة متساوية بكمية الضوضاء ونوعها، ويؤكد ذلك كل من (Borsky1977,Person et al 1975& kryter 1971) فعلى الرغم من ان الضوضاء المفرطة تكون مزعجة لاي شخص وبدرجة ما، ولكن هناك ادلة كافية على ان الافراد يختلفون بشكل كبير في تحسسهم من الضوضاء، فاولئك الذين يكونون اكثر تحسساً من الضوضاء يصبحون منزعجين اكثر بمرور الزمن بينما مستوى الانزعاج للافراد الاقل تحسساً يبقى ثابتاً بشكل نسبي بمرور الزمن.

ولقد اظهرت بضعة دراسات بأن هذه الفروق الفردية ترتبط بالخصائص الشخصية مثل دراسة (المعهد المركزي للصمم central Institute for the 1971deaf، Person et al 1975). ومن بين السمات الشخصية التي ارتبطت بالافراد المتحسسين من الضوضاء هي، المهارات الاجتماعية المتراجعة والرغبة، المتزايدة في العزلة. (Living Aloft, Ch3-2, Unk. D., P.8) فالحساسية من

الضوضاء هي غير قابلة للاختزال الى واحدة او اثنتين من سمات الشخصية، اذ تتضمن مجموعة من سمات الشخصية مجتمعة لدى الفرد.

والسؤال المطروح هنا، ما مدى تكيف الناس للضوضاء ولماذا تختلف ردود افعالهم كثيرا؟ وللاجابة على هذا السؤال كان دراسة قام بها Amy مستندا على الدراسات السابقة التي تشير الى ان التكيف مع الضوضاء هو نتيجة التعرض المتكرر لها. فكانت العينة افراداً يعيشون في المدينة وافراد يعيشون في الريف على أساس ان ساكني المدينة هم اكثر تحملاً لتلوث الضوضاء موازنة بالاشخاص الذين يسكنون في الريف، وبما ان المدينة يتركز فيها التلوث الضوضائي لذا من المنطق افتراض ان التكيف مع الضوضاء في المدينة يكون اكبر. وكانت ادلة استبانة تتالف من اربعة اسئلة تدور حول كيف تتاثر بالضوضاء لا سيّما في مواقف معينة؟ او اذا كنت في الريف او المدينة؟ مستعملاً مربع كاي Chi-Square لتحليل البيانات. وجاءت نتائجه بعدم وجود علاقة ذات دلالة بين الافراد الذين يعيشون في الريف والمدينة وتحمل الضوضاء، (أي بين مدة تعرضهم للضوضاء وتحمل الضوضاء).

ولقد اثبتت الدراسات بأن للعوامل الشخصية علاقة بالتحمل النفسي للضوضاء والاعتبار الانساني الذي يبنى على ذلك يتوجه نحو الاجابة على اسئلة من نوع ما طبيعة الناس الذين يتميزون بالتحمل او عدمه؟ وما ابعاد الشخصية التي تستعمل لوصف شخص ما بأنه ميال لعدم التحمل؟ بحوث عديدة تتامل الوصول الى نوع المتغيرات الشخصية التي يمكن ان تشرح لماذا بعض الناس لديهم تحمل عال للضوضاء؟ ان هذه الدراسات لم تتمكن من ان تتمثل خاصية واحدة،

او سمة مرتبطة بالتحمل، وعموما وجد ان الانبساطيين[*] extroverts يكونون اعلى تحملا لازعاج الضوضاء من الانطوائيين[**] introverts.

ففي دراسة لـ(Elliott 1971) عن تحمل الضوضاء والانبساط عند الاطفال، كانت عينة الدراسة مجموعة من الاطفال بعمر (5 و10) سنوات، وكان مصدر الضوضاء هو ضوضاء بيضاء، وجاءت نتائج الدراسة ان المنبسطين اكثر تحملا للضوضاء من المنطوين على ذواتهم، فضلا عن ان الاولاد أكثر تحملا من البنات، اما فيما يتعلق بعامل العمر فلم يكن هنالك اختلافات في المجموعتين العمريتين في مستوى تحمل الضوضاء.

المتغيرات التي لها أثر في التحمل النفسي للضوضاء

1. **الجنس** Gender

اشارت نتائج دراسة Bronzaft واخرون (2000)، الى ان النساء قد تأثرن اكثر من الرجال بشكل واضح. (بالموسيقى الصاخبة، وابواق السيارات، والمارين المتحدثين بصوت عال، والافلام ذات الاصوات العالية والمطاعم). ولقداثرت الضوضاء على الاناث بشكل ملحوظ وواضح فيما يتعلق بعملهن ودراستهن، وان المفهوم النفسي الاعتماد على المجال/والاستقلالعنه (field-independent/dependent)، يمكن ان يوضح لماذا تنزعج النساء من الضوضاء اكثر من الرجال.

فقد وجدت الدراسات النفسية ان النساء اكثر اعتمادا على المجال، او انسجاما مع البيئة المحيطة بهن، بينما يميل الرجال الى التركيزعلى ما يقومون به، وهكذا تجد النساء الضوضاء المقتحمة المتطفلة "intrusive" اكثر ازعاجا.

---

* وهم الافراد الذين تكون ميولهم الرئيسة متجهة نحو العالم الخارجي للاشياء الحقيقية والناس.

** وهم الافراد الذين يركزون على مشاعرهم الداخلية وتخيلاتهم.

2. **العمر** Age

ان كبار السن هم اقل تحملا للضوضاء ويقدمون شكوى بالاحساس بالغضب والعجز، والحزن upset، والقهر overwhelmed بسبب الضوضاء، وكذلك الذين يعانون من صعوبة السمع بزيادة العمر، لان الضوضاء تمنع كبار السن من التركيز على ما يحاولون سمعه.

الجماعات لتي لديها قابلية على سرعة التحسس من الضوضاء قد يكون هناك بعض المجتمعات الواقعة عند خطر اكبر للتاثر بالاثار الضارة للضوضاء. وتتألف هذه المجموعات من الكبار في السن واولئك الذين لديهم اضطراب عقلي والمكفوفين والاجنة والاطفال الصغار، على سبيل المثال قد يبدو الاطفال بانهم سريعو التأثر بالضوضاء ولا سيّما الاثار الصحية التي تستحثها الضوضاء، فضلا عن التدخل الحاصل في اكتساب الكلام والنمو اللغوي (التي بوسعها ان تسبب الاحباط وتضعف التفاعل الاجتماعي) وعدم الانتباه وتعمل على اضطراب اداء المهمة، اما فيما يتعلق بالاطفال الضعاف السمع فإن المقترح انهم بحاجة الى مستويات صوت ادنى. ويبدو ان الشباب والراشدين يكونون في خطر اكبر لفقدان السمع بسبب الضوضاء نتيجة تعرضهم لمستويات عالية جدا من الضوضاء في اثناء انشطتهم في وقت الفراغ بما في ذلك حضورهم الحفلات الموسيقية الصاخبة، واستعمال اجهزة التسجيل الخاصة. واخيرا فإن تعرض المرضى الراقدين في المستشفيات الى مستويات عالية نسبيا من الضوضاء من مصادر من داخل المستشفى او خارجها يعيق ويؤخر شفاءهم وشفاء جروحهم.

وبناءً على التعريف المعتمد في هذه الدراسة لتحمل الضوضاء وهو (مقاومة احساس الانزعاج من الضوضاء) وهو يشير الى انواع الضوضاء التي من الممكن تجنبها مثل حفلات الموسيقى الصاخبة، واصوات التلفاز والراديو العالية، والحديث بصوت مرتفع...الخ. مما يستدعي ذلك توضيح معنى الانزعاج Annoyance لانه التعبير النفسي لعدم تحمل الضوضاء. وان الانزعاج

Annoyance هو المصطلح الذي استعمل من اجل وصف المشاعر الجمعية للمجتمع حول الضوضاء منذ بداية دراسات الضوضاء واثارها في الخمسينات والستينات في القرن العشرين، وعلى الرغم من ان بعضهم قد اقترح بأن هذا المصطلح يميل الى تقليل تاثير الضوضاء بينما بغض شديد aversion، أو كره، خطر distress، يمكن ان يكونا مصطلحين اكثر ملاءمة للوصف الا ان استعمالهما سيجعل من الموازنة مع البحوث السابقة امرا صعبا، ويجب ان يكون من الواضح ان مصطلح الازعاج يمكن ان يشير الى ماهو اكبر من التضايق البسيط، إذ انه يمكن ان يشير الى تراجع ملحوظ في نوعية الحياة التي يحياها الفرد. وهذا يشير الى تراجع الصحة تبعا الى تعريف WHO للصحة.

فالانزعاج هو المحصلة المقاسة لاستجابة المجتمع على اسئلة الاستبانة حول مختلف العوامل البيئية مثل التعرض للضوضاء. وعلى الرغم من ان الانزعاج عند الافراد يتم في بعض الاحيان قياسه في المختبر، فإن التقويمات الميدانية لازعاج المجتمع تعد مفيدة جدا من اجل التنبؤ بعواقب الاعمال المخطط لها والمتضمنة الطرق السريعة، والمطارات، والقطارات، ومصادر الضوضاء الاخرى. وان العوامل التي تؤثر مباشرة وينتج عنهاالانزعاج من الضوضاء تتضمن التدخل بالتخاطب، والنوم، والتاثيرات الاخرى الاقل مباشرة هي: مقاطعة التسلسل الفكري(الراحة الفكرية) للشخص والتمتع بالملكية الشخصية والتمتع بالعزلة. وانّ عواقب الازعاج الناتج عن الضوضاء هو عدم الرضا الذي يشعر به داخليا. ويعد الانزعاج من اهم ردود الافعال النفسية الواسعة تجاه الضوضاء البيئية.

ويرى Molino (1979) ان الضوضاء تكون مزعجة في حالة قيام الفرد او المجموعة المتعرضة اليها بخفض هذه الضوضاء او تجنبها او مغادرة المنطقة المحتوية لهذه الضوضاء قدر الامكان، وقد يبحث الفرد او الجماعة عن بيئة سمعية اكثر هدوءاً.

وترى (Health & Welfare Canada1989) ان الانزعاج هو من الاعراض الخارجية الاكثر شيوعا للضغوط النفسية المركبة لدى الانسان عند مواجهته الضوضاء. الانزعاج من الضوضاء يعتمد على عوامل عدّة ويتضمن ادوات قياس اكثر من ادوات قياس الضوضاء نفسها. ويمكن تقسيم تلك العوامل الى صوتية وغير صوتية.

المتغيرات الصوتية acoustics variables

وجد كل من (1987 defries & verbeck & Van Dijk) ان الضوضاء عالية الشدة والتردد اكثر ازعاجا من الضوضاء واطئة الشدة والتردد. وحتى الاصوات ذات الشدة المتساوية فإنها تؤدي الى مستويات مختلفة من الازعاج فالضوضاء المندفعة اكثر ازعاجا من الضوضاء المستمرة (ذات الشدة المماثلة) وفيما يتعلق بمصادر الضوضاء التي تنتج ازعاج المجتمع هي بشكل اساسي الطائرات، وضوضاء المرور والطرقالسريعة (Dejng 1990)، وضوضاء سكك الحديد.

استهدفت دراسة Payen & Key 1981 التعرف على اثر الانزعاج وترددات الضوضاء في اداء مهمة (حركية نفسية psychomotor) معقدة لكل من الذكور والاناث وكان عدد الذكور (30) والاناث (30)، وكان زمن الاداء (50) دقيقة وشرط الضوضاء، هو العمل تحت شرط الضوضاء واطئة التردد، وضوضاء عالية التردد واشارت النتائج الى ان الضوضاء كانت مزعجة لكلا الجنسين وبمختلف الترددات الا ان الضوضاء ذات التردد العالي كانت اكثر ازعاجا من الترددات الواطئة.

ولا يوجد فرق بين الذكور والاناث في الانزعاج، اما فيما يتعلق بالاداء فلم يكن هناك تاثير للضوضاء على الاداء. وقد سبقه Stevens 1972 في التوصل الى النتيجة نفسها، فحتى الترددات الواطئة للضوضاء كانت غير مرغوبة ومزعجة ولكن لم يكن لها تاثير على اداء المهمات.

ان الفروق في الانزعاج المرتبطة بالمصادر هو ليس بالضرورة كون ضوضاء الطائرات اكثر ازعاجا من ضوضاء النقل البري مثلاً، بل ان هذا الامر يرتبط بالفروق في معايير الاشخاص في الاستجابة الىمختلف مصادر الضوضاء، وبسبب الفروق الفردية في الحساسية من الضوضاء.

ثانيا : المتغيرات غير الصوتية Non-acoustical variables

وجدت جمعية الصحة الهولندية The Health Council of Nether lands 1996 ، بأن هناك خمس متغيرات غير صوتية non-acoustic اكثر تاثيراً في الازعاج من مستويات الضوضاء وهي:

1. امكانية التنبؤ بالضوضاء Predictability
2. امكانية تجنبها avoidability
3. امكانية السيطرة عليها controlability
4. اتجاهات الافراد نحو الضوضاء attitude's individuals to noise
5. الحساسية تجاه الضوضاء (سرعة التاثر بها) susceptibility

التعود والانزعاج من الضوضاء Habituation&Annoyance from Noise

البراهين توضح بشكل كاف بأنه طالما بقيَ المثير نفسه من دون تغيير، فإن ازعاج الضوضاء لاينحسر بمرور الوقت (Fields 1990)، وقد قدم Griffths 1983 دراسات اشارت الى عدم وجود التعود على ضوضاء الطرق السريعة للمدة من (4) اشهر الى (سنتين) منذ فتح الطرق الجديدة، وقد وجد Delong 1990 ان الانزعاج في مجتمع درس سابقاً ازداد بنسبة (10) بالمئة من دون وجود تغيير في مستوى الضوضاء.

الانزعاج من الضوضاء والصحة Annoyance & health

لم يكن هناك الكثير من الدراسات حول تاثيرات الازعاج المرتبط بالضوضاء والصحة العامة، وعلى الرغم من ان هذا سوف يبدو على انه مجال خصب، فلقد اشارت دراسات بوجود علاقة بين الضوضاء وشكاوى الصحة الشخصية، ولقد اشار Delong 1990 الى ان الاستعمال الحديث لمفهوم الازعاج الملموس Substantial annoyance في المانيا متنبأ للاضرار الصحية المحتملة، ولقد اوصى بتطوير نظرية متداخلة لتاثيرات الضوضاء وذلك من اجل اكتشاف العلاقات المشتركة بين التاثيرات الطبية والفسلجية والسلوكية والبيئية للضوضاء البيئية.

المناهج النظرية البيئية

1 . **منهج الضغط البيئي** The Environmental stress Approach

أدخلَ مصطلح الضغط (stress) لاول مرة هانس سيلي Hans Selye في كتابه (stress of life) ويشير هذا المصطلح الى الاحداث والمواقف البيئية الضاغطة، واحيانا يشير الى ردود الافعال (reaction) تجاه هذه الاحداث والمثيرات. واحيانا اخرى يشير الى المفهومين معا. وللتفريق استعمل مصطلح stressors للاشارة الى المواقف والمثيرات الضاغطة، ومصطلح stress responses للاشارة الى ردود الافعال تجاه تلك المثيرات الضاغطة. وقد اكتشف Selye 1956 انموذج الاعراض التكيفية العامة General Adaptation Syndrome (GAS) لردود الافعال تجاه كل من الاحداث الفيزيائية physically والنفسية psychologically المؤذية. وقد حدد ثلاث مراحل لردود الافعال تلك:

أ. **مرحلة رد الفعل الانذاري** Alarm Reaction Stage

وتبدا باستجابة الكائن الحي لاي موقف ضاغط، بتناقص المقاومة الفسيولوجية وتعرض الفرد الى بعض التغيرات الجسمية. وتتضمن الاستجابة

الانذارية اثارة الجهاز العصبي وافراز هرمون الادرينالين في الدم، ونتيجة ذلك تحدث زيادة في نبض القلب (heart rate) وزيادة في ضغط الدم (blood pressure) والسكر في الدم (blood sugar)، وسرعة التنفس (respiration) وزيادة في تدفق الدم لعضلات الجسم (muscles) حتى يتمكن الفرد من مواجهة الضغط.

ب. مرحلة المقاومة Resistance Stage

وبها يحاول الجسم التغلب على العامل الضاغط وتكون المقاومة مرتفعة، فاذا انتهى الموقف عاد الجسم الى حالته الطبيعية، واذا ما استمر الضغط ينتقل الى المرحلة الاخيرة. وتحصل المقاومة من خلال النشاط الزائد للغدد الصماء وبعض اجهزة الجسم كجهاز الدوران والتنفس.

جـ. مرحلة الاستنزاف Exhaustion Stage

وفي هذه المرحلة يكون الجسم قابلا للاصابة بالمرض بشكل كبير نتيجة استمرار الموقف الضاغط لمدة اطول، وتحدث في هذه المرحلة الامراض المتعلقة بالضغوط مثل قرحة المعدة (ulceration of the Stomach) وامراض القلب(heartdisease) ويتاتى هذا عن طريق استنزاف المقاومة.

وفي دراسة سُئل فيها الافراد الذين تخترق منازلهم ضوضاء الطائرات عن مشاعرهم فجاءت الاجابات: بعض الساكنين يشعرون باضطراب في المعدة (churning in the Stomach) وآخرون يشعرون بضربات في الرأس (pounding i n the head). والمصطلح الطبي الشائع لوصف هذه الحالات هو (الضغط stress) فالضغط يجلب زيادة في ضغط الدم، وارتفاع مستوى الكولسترول cholestrol. واذا ما استمر هذا الضغط يوماً بعد يوم فمن المحتمل ان يسبب مشاكل في الجهاز القلبي الوعائي cardiovascular والجهاز الهضمي digestive او الجهاز التنفسي respiratory.

ولكن ليست الضغوط جميعها سيئة فهناك نوعان من الضغوط، منها ما يصطلح عليها بـ(distress) الناتجة عن ضغوط سلبية واخرى يصطلح عليها بـ(eustress) الضغوط الحسنة، ولكن لسوء الحظ فإن الجسم لا يستطيع التمييز او التفريق بين الضغوط الجيدة والسيئة وهنا ياتي دور التفسير المعرفي لهذه الضغوط.

ولغرض البدء بمفهوم الاجهاد (الضغط) يجب ان يكون هناك تقويم فكري للمثيرات كونها عوامل تهديد. ففي عام 1966 قدم لنا Richard Lazarus نظرية الضغط النفسيpsychological stress Theory، ثم قام هو وزملاؤه بتنقيحها (Glass& Singer 1971)، و(Lazarus & Folkman 1984) و(Evans & Cohen 1987). وتعد نظرية الضغط المفتاح النظري لعلم النفس البيئي (Environmental Psy) وعلم النفس الصحي(health psy) اللذين يوفران اطارا لمعرفة كيف يستجيب الافراد لانواع عديدة من التهديدات والتحديات. ان النظرية تعرف الضغط البيئي بشكل موسع على انه "عنصر من بيئة الفرد غير سار او مريح الذي يهدد سلامة الفرد في بعض النواحي" (Bell et al 1990) ويعرف لازاروس والاخرون اربعة انواع رئيسة من مسببات الضغوط ويعدونها جميعا ضمن اطار عملهم النظري الوحيد، وهي:

1. الاحداث الطبيعية العنيفة cataclysmic events مثل الفيضانات floods والهزات الارضية (الزلازل) Earthquakes.
2. احداث الحياة الضاغطة stressful life events كالطلاق divorce او موت احد المقربين.
3. المشاحنات اليومية daily hassles كالضغط في العمل او المسافة الطويلة للوصول الى العمل او المدرسة.
4. الضغوط المحيطية ambient stressors مثل تلوث الهواء air pollution، والضوضاء Noise والازدحام crowding. (Cohen & Evans 1987).

ونظرية الضغط البيئي قد تكون واسعة لتشمل كيفية تجاوب الافراد مع الاخطار البيئية الكونية والاقليمية. ولدراسة النظرية بدقة نرى ان العديد من مسببات الضغط البيئي مثل (ارتفاع درجة الحرارة، والضوضاء، وثقب الاوزون، وكوارث الطاقة...الخ) قد يكون لها اثر سلبي مباشر في الشخص (على سبيل المثال الضرر الدائم على الطعام، والهواء، والماء، والصحة، وحتى الحياة). (Seley,1976) ومع ذلك، على وفق نظرية الضغط (الاجهاد، التوتر) النفسي، يمكن ان تحدث الاثار النفسية السلبية فقط بعد ان يقدر appraises الفرد ادراكيا perceptually ومعرفيا cognitively عنصرالبيئة على انه عنصر ضاغط. وتتضمن هاتين العمليتين (الادراكية والمعرفية): تقويم اولي وفيه يقوم الفرد نوع الضغط ودرجة تهديده والتقويم الثاني هو تقويم الدرجة المناسبة والكافية من مهارات ومصادر كفاح الفرد لمواجهة التهديد الرئيس المسبب للتوتر.

فاذا اكدت عملية التقويم الاولية ان العنصر البيئي يشكل تهديدا" واكدت عملية التقويم الثانية ان الفرد له سيطرة مباشرة على العنصر البيئي انذاك سيعاني الفرد من بعض الاثار النفسية السلبية او قد لا يعاني منها ابدا. فعلى سبيل المثال: اذا سمع فرد صوت موسيقى عال وصاخب من المسكن المجاور بينما يحاول هذا الفرد الدراسة او قراءة شيء ما، ولكنه ايضا على علم بأن الجار سوف يطفئ المذياع او المسجل اذا طلب منه ذلك، فإن الفرد سيعاني من بعض الازعاج او أي من الاثار النفسية السلبية الخارجة عن السيطرة، اوقد لا يشعر باي انزعاج او توتر. لاحظ ان ادراك الفرد بالسيطرة (perceived personal control) تنهي جزئياً او كلياً الاثار السلبية للعديد من مسببات التوتر، حتى اذا لم يتخذ الفرد أي اجراء فعلي. بمعنى اخر، مجرد معرفة او ادراك وجود السيطرة كافل خفض او ازالة اثار العديد متمسببات التوتر.

ولو ان الفرد واجه عنصراً بيئياً ويدرك الفرد انه مزعج ومؤذ ولا يملك أيّة سيطرة مباشرة عليه. كأن يكون الجار هو في الاصل ضوضائي ويرفض باستمرار ان يخفض صوت مذياعه او مسجله؟ وتماشياً مع (لازاروس وزملاؤه 1980) يستعمل الفرد انذاك احد اسلوبي المواجهة:

1. التركيز على المشكلة Problem-Focused coping
2. التركيز الانفعالي (على الانفعال) Emotion- Focused coping

في المواجهة التي تركز على المشكلة، يبذل الفرد جهده للسيطرة على مسبب التوتر (الضغط) ولكن ليس بالطريقة المباشرة والبسيطة المذكورة سابقا، ولكن يفكر الفرد بتصرف جديد وينفذه ليقضي على مسبب الضغط (على سبيل المثال وعودة الى مثال الجار الضوضائي)، من هذه الحلول ارتداء سدادة اذن واقية، او تشييد حائط مانع للصوت. اما عندما لا يملك الفرد خيار التوجه الى مواجهة تركز على المشكلة فإنه يلجا عندئذ الى مواجهة تركز على الانفعال، وتتضمن هذه المواجهة جهود معرفية وسلوكية لخفض المشاعر المزعجة الناتجة عن مسبب الضغط او لتحمله بشكل افضل (وعودة الى المثال السابق) فإن الفرد يضرب بقسوة او يلاكم كيس ملاكمة لينفس عن غضبه او يصب جام غضبه على الجار في هذا الجهد، او بمحاولة التفكير بشكل رئيس حول الصفات الايجابية التعويضية الموجودة في مسكنه، او بقراره ان الدراسة أو القراءة ليست ذات اهمية في الوقت الحالي.

وهناك انواع اخرى من اساليب المواجهة بالتركيز على الانفعال يستعملها بعض الافراد، لا سيّما عندما يواجهون اخطارا" طبيعية حقيقية (شديدة) ويدركون بانها خارجة عن السيطرة، وهي كما يراها (Rippeto & Rogers, 1987): اما ان تتجه نحو التجنب (التفادي) Avoidance وهو الرفض او الانكار denial وبمعنى اخر محاولة انكار ورفض الاعتراف بوجود التهديد وحجمه. او

اللجوء الى التفكير الرغبي wishful thinking(*) باستعمال جهود تبديدية بسيطة او غير واقعية اواستعمال دواء يصلح مثلاً" للامراض جميعها panaceas او اللجوء الى الايمان الديني religious faith وهو لجوء او ممارسة الشخص لاعتقاداته الدينية وايمانه بقدرة الله لمواجهة احتمالية تهديد حقيقي. او الايمان بالقضاء والقدر (الجبرية) fatalism ويعني ان التهديد لا يمكن تفاديه، والتوقف عن أيّة محاولة لتفادي القدر.وهذه الجهود للمواجهة تركز على العاطفة وتساعد في تهدئة الخوف او قلق الفرد، ولكنها ايضا تمنع الفرد من محاولة مواجهة التهديد في المواقف التي تتطلب الى حد ما جهود للحصول على معلومات وبذل الجهد للسيطرة الفعالة الحقيقية.

واذا لم تكن استجابات التغلب ملائمة للتعامل مع المثير الضاغط، فإن الفرد سيدخل مرحلة الاعياء عند نفاذ طاقاته جميعها، ولكن ولحسن الحظ يحدث ما يعرف من الناحية النفسية بالتكيف adaptation قبل الاعياء. ويحدث التكيف اما بسبب كون التحسس العصبي الفسيولوجي neurophysiological للمثير stimulus يصبح اضعف او لان المجهد قد قوِّم على انه لا يشكل تهديدا قويا. فزوار مدينة ملوثة قد يشعرون في باديء الامر باعراض فسلجية مثل (نقص الاوكسجين) واعراض نفسية وذلك عن طريق تعبيرهم عن قلق كبير حيال العواقب الصحية المحتملة نتيجة التعرض لمثل هذا الجو الملوث. ولكن بمرور الايام يدرك هؤلاء الزوار بانهم لم يموتوا او يصابوا باذى ملحوظ وبذلك ينخفض لديهم الخوف من تنفس الهواء. ويعد التكيف مفيدا beneficial ومكلفا costly في الوقت نفسه. فمن المعروف ان الافراد معرضون عبر مراحل حياتهم المختلفة الى ضغوط معينة، فالشخص الذي تعرض للضغط وتعلم كيفية معالجته، يكون افضل في مواجهة الضغوط التي تواجهه. اما الكلفة او الخسارة التي يسببها

---

* أي اعتقاد المرء بصحة شيء ما لمجرد رغبته في ان يكون ذلك الشئ صحيحا).

الضغط ففي بعض الاحيان تكون الضغوط اعلى واقوى من امكانية الفرد مقاومتها مما يجعله فريسة اضطرابات سايكوسوماتية psychosomatic وضعف الاداء، والحمل المعرفي.

مفهوما المواجهة والتعود Coping & Habituation

ان مفهوم المواجهة (مواجهة المشاكل والمصاعب)، يختلف عن مفهوم التعود في نقطة واحدة، وهي: في حالة التعود فإنه من المفروض ان الكائن قد غير من تقويمه للمثير عن طريق خبرات متكررة وقد كون مجموعة من التوقعات الخاصة بخصائص المثير البيئي.اما المواجهة فتعد عملية اكثر فاعلية ويمكن تعريفها عن طريق القول بانها: غياب الاستجابة الفسلجية حتى تحت الظروف التي يكون فيها المثير غير المرغوب فيه مستمراً في وجوده. ففي حالة المواجهة، فإن العمليات المعرفية والسلوكية متداخلة (متضمنة involved) وبشكل فعال في عملية تحديد فيما لو كان الفرد يستجيب او لا يستجيب الى موقف ضاغط stressful معين، وليس فقط الطبيعة غير المرغوبة aversive للمثير هي التي تحدد الاستجابة الفسلجية ولكن ايضا تقويم الفرد لهذا المثير.

ويستطيع الفرد تغيير تقويمه للمثير الذي يهدده او غير المرغوب اذا استطاع تجنب او تغيير او السيطرة على الجوانب المسببة للاجهاد (الضغط) في الموقف. وهناك ثلاث عمليات نفسية تتضمن عملية تغيير الفرد لتقويمه للموقف المجهد وهي: امكانية التنبؤ predictability (مثال ذلك وجود اشارة معينة تدلل على حدوث المثير غير المرغوب فيه)، والسيطرة على جوانب الموقف control، والتغذية الراجعة feedback حول فعالية efficacy تصرفاته.

وربما يكون من اهم المحددات لقدرة الكائن على تقليل استجاباته الهرمونية للمثيرات غير المرغوبة هو السيطرة control التي يمكن تعريفها بانها القدرة على القيام باستجابات فاعلة في أثناء وجود المثير غير المرغوب فيه. وهذه الاستجابات لاتعد فاعلة فقط في سماحها للكائن من الهرب او تجنب المثير

ولكن تعمل ايضا على توفير فرصة تغيير مجموعة معينة من الظروف المثيرة، كما انها تمكن الفرد من تقليل استجاباته الفسلجية.

منهج الاستثارة The Arousal Approach

احد اثار التعرض للمجهدات هو الاستثارة المتزايدة التي تقاس فسلجياً عن طريق الفعالية (الاوتوماتيكية) المتزايدة (زيادة في ضربات القلب، وضغط الدم، ونسبة التنفس، وافرازات الغدة الكظرية). او تقاس سلوكياً عن طريق زيادة الفعالية الحركية، او الاستثارة المعلن عنها ذاتياً. ومن منظور عصبي فسلجي، فإن الاستثارة هي تصاعد فعالية الدماغ بوساطة مركز الاستثارة في الدماغ، الذي يعرف على انه البنية الشبكية reticular formetion (Hebb1972) وقد وصف (1960,1967 Berlyne) الاستثارة على انها تقع على سلسلة متصلة احد اطرافها النوم والطرف الاخر اليقظة، وبما ان الاستثارة قد افترضت على انها متغير وسيط او يتدخل في العديد من انواع السلوك، فإن عدداً من علماء النفس البيئي قد لجأوا الى هذا المفهوم لتوضيح العديد من التأثيرات التي تمارسها البيئة في السلوك. وعلى الرغم من ان الاستثارة تعد احد اثار التعرض للمجهدات، فإن العديد من جوانب السلوك يمكن توضيحها عن طريق مفهوم الاستثارة لوحده من دون اللجوء الى الاجهاد. وهذا التمييز يصبح اكثر وضوحاً عندما نعد انموذج الاجهاد يشمل تقويماً ادراكياً للمثير وعده بانه مهدد، بينما ليس بالضرورة ان يكون المثير مهدداً ليزيد من الاستثارة، فالمثيرات المفرحة مثل رؤية شخص عزيز او قيادة مثيرة، ايضاً تعد على انها تزيد الاستثارة، والسؤال المطروح هنا ماذا يحدث للسلوك عندما يتحرك مستوى الاستثارة للفرد من احد اطراف السلسلة الى الطرف الاخر؟ والعلاقة المهمة بين الاثارة والاداء؟ وجواب ذلك يقع فيما يعرف بقانون يركز- دودسن Dodson lawYerkes، وتبعاً لهذا القانون، فإن الاداء يكون في حده الاقصى عند المستويات المتوسطة للاستثارة لكنه يسوء عندما ينخفض او يرتفع مستوى الاستثارة عن هذه الدرجة المثالية، وفضلاً عن هذا، فإن

العلاقة العكسية U بين الاستثارة والاداء تتنوع بتنوع تعقيد المهمة. فيما يتعلق بالمهمات المعقدة، فإن المستوى الامثل للاداء يحدث بمستوى استثارة اوطأ بقليل من مستواه من المهمات البسيطة، فالكثير والقليل جداً لايكون مرغوباً فيه (والانسان يسعى وراء مستوى متوسط).

وهناك علاقة مهمة اخرى بين الاستثارة – الاداء وعلى وفق نظرية التعلم لهل - سبنس Hull-Spence (Spence 1960) وما تقوله هذه النظرية، انه في وقت معين يكون هناك عدد من خيارات الاستجابة امامنا. فعندما نصبح يقظين، فإن الاستجابة التي تكون مهيمنة (أي التي يمكن ان تحصل) سوف تيسّر عن طريق الاستثارة المتزايدة، وتبعاً لهذه الفرضية، فإن الاستثارة التي تنتجها البيئة يمكن ان تيسر او تزيد من شدة الاستجابة المحتملة الحدوث.

ان مفهوم الاستثارة كونها متوسطاً يكون مهما للسلوكيات الاخرى غير اداء المهمات. واحد تلك السلوكيات المهمة هي العدوانية. وعلى فق نظريات عدة حول العدوانية، التي تشير الى ان العدوانية هي الاستجابة التي يمكن ان تحدث في موقف معين، عندها تيسر الاستثارة المتصاعدة حدوثها. فعلى سبيل المثال عندما تزيد الضوضاء من الاستثارة، فإنها يمكن ان تزيد من العدوانية.

ان مدخل الاستثارة يعد جيدا على انه اساس نظري لعلم النفس البيئي، وعلى الرغم من وجود بعض المشاكل فيه. فالاداء والعدوانية يمكن التنبؤ بهما من اثار البيئة على الاستثارة وفكرة الاستثارة يمكن تعميمها لتشمل عوامل بيئية عدة، ومن اكثرها بروزا الضوضاء والحرارة والزحام ولسوء الحظ تكون الاستثارة صعبة القياس. فالمؤشرات الفسلجية لا تكون متفقة مع بعضها البعض دائماً ولا تتفق ايضا مع التقارير الذاتية او قياسات الاستثارة، فبينما احد القياسات يمكن ان يشير الى استثارة متزايدة في احد المواقف، فإن قياس اخر يمكن ان يظهر استثارة متناقصة او غير متغيرة. لذلك فإن اختيار المقياس للتنبؤ بالسلوك قد اصبح مشكلة. وعلى الرغم من هذا فإن فكرة الاستثارة مازالت

مفيدة ويحتمل انها سوف تستمر لتكون مندمجة أو متحدة مع العلاقات البيئية- السلوكية التي تطبق عليها.

منهج الحمل البيئي The Environmental Load Approach

وضع كوهين Cohen 1977 شرحاً مفصلاً لمنهج الحمل البيئي في الانموذج الذي طرحه والذي يحتوي على اربعة افتراضات اساسية وهي:

1. يمتلك الانسان قدرة محدودة للتعامل مع مثير(مدخل) وتمكنه من ان يوظف جهدا محددا للتعامل مع تلك المدخلات في أي وقت.
2. عندما تتجاوز المدخلات البيئية القدرة على التعامل معها ، فإن الستراتيجية الطبيعية هي اغفال او تجاهل هذه المدخلات ذات العلاقة الاقل بالعمل الذي يقوم به الانسان وتعطي اهتماما اكبر بتلك التي تتعلق به (العمل).
3. عندما يحدث المنبه او المثير ربما يتطلب هذا نوعاً من الاستجابة التكيفية (او عندما يعتقد شخص ان مثير من هذا النوع يمكن ان يحدث) ، فإن اهمية المنبه تقوّم بعملية المراقبة ومن ثم يؤخذ القرار حول أية استجابة مواجهة افضل، لذلك كلما كان المدخل غير متوقع او شديد او غير مسيطر عليه، كلما كانت القيمة التكيفية اعظم واعطيت انتباهاً اكبر.
4. ان مقدار الانتباه المتوافر لاي شخص ليس ثابتا ويمكن ان يستهلك مؤقتا وبعد التعرض لمتطلبات طويلة الامد ، فإن القدرة الكلية للانتباه قد تعاني من زيادة الحمل فعلى سبيل المثال؛ بعد الدراسة المركزة لساعات متواصلة عدة ، يكون من الصعب عمل أي شيء يتطلب انتباها شديدا. والسؤال هنا : ما الذي يحدث للسلوك عند حصول زيادة الحمل؟ وهنا يعتمد الجواب على أي مثير اعطي الانتباه الكافي وايها اغفل.

فاذا كانت المثيرات الاقل اهمية تميل الى التداخل مع الفعل المركزي، فإن اغفالها يعزز الاداء، ومع ذلك، فاذا كان الفعل يتطلب مدى واسعاً من الانتباه- كما يحصل عندما تحتاج عمل شيئين في الوقت نفسه - فإن اداءنا للفعل الاقل اهمية سوف يتضاءل. وفي عرض لهذه العملية:

احتاج براون Brown وبولتن poulton 1961" الى افراد يقودون سيارة اما في منطقة سكنية (عدد قليل من المدخلات المهمة نسبيا) او في مركز تسويقي مزدحم (عدد كبير من المدخلات المهمة نسبياً) وهم يستمعون الى سلسلة من المجموعات سجلت اصواتهم على اشرطة تسجيل يحددون عدداً من الاشخاص ينتقلون من مجموعة الى اخرى (الفعل الثانوي).

وجاءت النتيجة بوقوع اخطاء كثيرة على الفعل الثانوي عندما كانوا يقودون في المركز التسويقي، وذلك لان انتباهاً كبيراً يجب ان يخصص في المركز التسويقي للمحفزات المهمة التي ترتبط بالقيادة. وجاءت الاخطاء للمحفزات الاقل اهمية لهؤلاء الاشخاص. وفيما يتعلق بمنهج زيادة الحمل، ففي الوقت الذي تتطلب فيه المهمات انتباها مستمرا وعلى مدى طويل يسبب زيادة في الحمل وهبوط مستوى الاداء. فإنه حتى متطلبات الانتباه البسيط قد تسبب زيادة في الحمل. وكما في نظرية الاجهاد. فإنه ما ان ينتهي الموقف الضاغط تظهر تاثيرات بعدية للسلوك، مثل قلة تحمل الاحباط او الاخطاء في التوظيف العقلي. او قلة سلوك المساعدة للاخرين.

وفي دراسة لـ(Finkelman & Glass 1970) في اعادة تقويم العلاقة بين الضوضاء والاداء البشري عن طريق قياس المهمة الثانوية. اهتمت الدراسة بالكشف عن تاثيرات الضوضاء (المتوقعة) بمستوى 80dB على اداء الانسان عن طريق طريقة المهمة الاضافية والتي تم اتخاذها من نظرية المعلومات (Information theory) وهو ان الفرد يعامل هنا على انه قناة اتصال قادرة على معالجة كمية محدودة من المعلومات والمقدرة العقلية الاضافية تستنتج من

ملاحظة هبوط مستوى الاداء في المهمة الثانوية عندما يحاول الحفاظ على مستوى ثابت لاداء المهمة الاولية. والمهمة الاولية هذه يمكن اداؤها من دون اخطاء طالما ان متطلباتها تكون ضمن مقدرة الفرد الكلية في معالجة المعلومات. وان زيادة المتطلبات المفروضة على الفرد عن طريق زيادة تعقد المهمة الاولية او عن طريق ادخال مصدر بيئي مثل الضوضاء، يتوقع ان ينتج عنه هبوط اداء المهمة الثانوية، وعلى وفق الدراسات السابقة التي اظهرت بأن الضوضاء غير المتنبأ بها تكون اكثر تأثيرا في الاداء من الضوضاء المتنبأ بها، اعتمدت هذه الدراسة المبدا نفسه بأن النوع الاول من الضوضاء يمكن ان يفرض حملا زائدا على قدرة التواصل عند الفرد عندما يؤدي اكثرمن مهمة وجاءت النتائج بحصول اخطاء كثيرة في ظرف الضوضاء غير المتنبأ بها وهذا يوافق ما وصل اليه كل من Zeitlin & 1969Finkelman، إذ جاءت الاخطاء بشكل كامل في المهمة الاضافية. اما اداء المهمة الاولية فقد بقي غير متاثر تقريبا بنوعي الضوضاء. وحتى من ناحية تفسيرها عن طريق فكرة التكيف مع الضوضاء وتاثيراتها اللاحقة. فلو افترضنا بأن كل المشاركين في الدراسة حاولوا التكيف مع مؤثرات الضوضاء، مع افتراض بأن المشاركين في ظروف الضوضاء غير المتنبأ بها قد بذلوا جهدا مضاعفا في هذه العملية، واعتمادا على دراسة Glass واخرين. فإن سلوكا غير سويٍّ سوف يحصل بين المجموعة وذلك عن طريق قياس اداء المهمة الثانوية التي يمكن ان ينظر اليها على انها مؤشر لنتائج عملية التكيف. وباعطاء هذا التفسير يمكن القول، ان الجهد المبذول في التكيف للضوضاء يسهم في تحميل قدرة التوصيل لذلك فإنه غير قادر على التواكب مع المتطلبات البيئية الاخرى مثل المهمة الاضافية.

ومنهج زيادة الحمل يعزو هذه التاثيرات البعدية الى القدرة الاخذة بالتناقص للاصغاء الى الاشارات ذات الصلة. ويقترح ملكرام Milgram-1970 ان تدهور الحياة الاجتماعية في المدينة هو بسبب تجاهل الاشارات الاجتماعية الخارجية

والقدرة المتناقصة على الانتباه لها بسبب المطالب المتزايدة للعمل الوظيفي اليومي. وهكذا، فالامراض المدنية، مثل المتفرجين الذين يتجاهلون الاخرين في اوقات المحنة قد يعود سببها جزئيا الى الحمل البيئي اليومي مثل الزحام والضوضاء اللذين يتطلبان الكثير من الانتباه في الحياة اليومية في المدينة والجزء الضئيل من هذا الانتباه يترك للاهتمامات الاجتماعية الخارجية. وقد يجبر بعض القاطنين في المدينة على تنمية موقف محايد تجاه الاخرين من اجل تخصيص وقت كاف لتادية العمل الوظيفي اليومي.

وهناك الكثير من الاحتمالات التي يصعب تقريرها منها، امكانية حصول حمل زائد في موقف معين ام لا، وفيما اذا كان هنالك شغلٌ محددٌ مهمٌ، وهل ان تجاهل المحفزات الاقل اهمية يسهل او يتلف الاداء الخاص بعمل معين. وفيما اذا كان الطلب قد اطيل على نحو كاف لاستنفاذ القدرة على الانتباه. وعموما ينطبق هذا الانموذج على الاداء الحركي Motor والعقلي mentalوعلى بعض السلوكيات الاجتماعية social behaviour. ويبين لنا انموذج الحمل البيئي الكثير من الاحتمالات، منها تقويم احتمالية ان تقدم بيئة معينة حملاً زائداً ام لا، وتقدير الحد الذي يسهم في استنفاد الانتباه في المشاكل البيئية والاجتماعية.

منهج التحفيز القليل The understimulation Approach

يرى منهج زيادة الحمل البيئي ان الكثير من علاقات البيئة - السلوك Environmental-behaviour لاسيما تلك التي تقود الى نتائج سلوكية وانفعالية غير مرغوب فيها هي من فعل المثيرات الشديدة التي تصدر من مصادر كثيرة. بينما اقترح عدد من المنظرين بأن الكثير من مشاكل السلوك البيئي تنجم عن التحفيز الضئيل جدا، فقد اقترحت دراسات الحرمان الحسي لـ(زوبيك 1969 Zubek) : ان حرمان الفرد من المثيرات الحسية يقود الى القلق الشديد Severe anxiety وحالات الشذوذ النفسي psychological anomalies. ولقد وثق بحث (شولتز Schultz 1965) التاثيرات المضرة للمثيرات القليلة على تطور النضج

Maturational development ، وعلى وفق هذه المصادر اقترح بعض المنظرين ان البيئة يجب ان تكون اكثر تعقيدا واكثر تحفيزا في بعض الاحيان من اجل تجديد الاثارة والشعور بالانتماء الى ادراكات الفرد لبيئتهم، وعلى الرغم من ان المدن قد تمتلك بيئة اجتماعية ذات تحفيز مفرط، الا انها تعرض السكان الى بيئة فيزيائية ذات تحفيز ادنى، ويؤكد الاخصائي في علم التمدن Urbanologist بار A.E Parr 1966 بأن الحقول والغابات والجبال تتضمن تنوعا غير محدود من النماذج المتغيرة من التحفيز المرئي، بيد ان المناطق المدنية تضم نفس النماذج نفسها مكررة في كل شارع، لا سيّما في البلدان التي تتشابه فيها الابنية جميعها بعضها البعض. ووفقا لـ Parr فإن ناطحات السحاب العملاقة التي تحاذي شوارع المدينة ودواخل الابنية لا تحوي على نوافذ مما يجعلها تنشر شعورا بالانغلاق بدلا من الشعور بالانجذاب نحو الافق. ويؤكد Parr واخرون ان فقدان التحفيز هذا يقود الى الضجر، وبطريقة ما يكون مسؤولاً عن امراض المدنية مثل جنوح الاحداث Juvenile delinquency والتخريب المتعمد vandalism ، ودعا Wohlwill 1966 الى موازنة البيئات من حيث الشدة والتجديد والتعقيد والتغيير المؤقت او التنويع والمفاجاة والتباين. والرغبة تجاه هذه الاصناف من التحفيز توضح سبب رغبة الناس في العيش في بيئات تكون طبيعية اكثر، ونظرياً فإن منهج التحفيز القليل يساعد في التنبؤ ببعض علاقات البيئة- السلوك الا انها تقف موقفا متناقضا مع نظرية الحمل الزائد والاجهاد اللذين يريان ان البيئة نفسها فيها الكثير من التحفيز.

نظرية مستوى التكيف Adaptation Level Thery

تحاول هذه النظرية الجمع بين منهج التحفيز القليل Understimulation Approach ومنهج التحفيز المفرط Overstimulation Approach. فاذا كان دليل البحث الداعم لنظريات الضغط والحمل الزائد يوحي بان للتحفيز البيئي الكبير تاثيرات سلوكية وانفعالية ضارة. بالمقابل يوحي منهج التحفيز القليل بأن

للتحفيز القليل جدا تاثيرات غير مرغوب فيها ايضا. اما Wohlwill 1974 فقد تنبأ في نظريته مستوى التكيف للتحفيز البيئي المدخل الذي يقول بأن مستوىً متوسطاً من التحفيز سيكون مثاليا ويقبل به العقل. واقتباسا من نظرية مستوى التكيف للحس والادراك sensation & perception لـ هلسون Helson 1964 يفترض Wohlwill بأن البشر يكرهون الازدحامات في بعض المناسبات على الاقل مثل محاولة ترك مدرجات الملاعب شديدة الازدحام في نهاية لعبة كرة القدم، او الاسواق المزحمة، ومن جهة اخرى لا يرغب معظمنا في العزلة الاجتماعية الكلية طوال اليوم. ويؤمن Wohlwill ان هذا ينطبق على انواع التحفيز جميعها مثل الضوضاء ودرجة الحرارة وحتى تعقيد الطرق.

وما يفضل عادة هو مستوً امثل من التحفيز. وافتراضات هذا المستوى الامثل تماشياً مع Wohlwill يجب ان يلائم ثلاثة اصناف في الاقل وتلك الاصناف هي:

1. التحفيز الحسي.
2. التحفيز الاجتماعي.
3. الحركة.

فالمثير الحسي الكثير جدا او القليل جدا غير مرغوب فيه، والاتصال الاجتماعي الكثير او القليل غير مرغوب فيه ايضا، وكذلك الحركة الكثيرة او القليلة غير مرغوب فيها. تشابه هذه الفكرة قانون Yerkes-Dodson في نظرية الاستثارة. وهذه الاصناف بالمقابل تتنوع على مدى ثلاثة ابعاد على الاقل، ومن الابعاد التي تمتلك مستوً امثل: البعد الاول هو الشدة Intensity، فعدد قليل او كثير من الناس حولنا يمكن ان يكون مزعجا نفسيا psychological disturbing وقدر كبير اوضئيل من التحفيز السمعي له التاثيرات غير المرغوب فيها نفسها. فالكثير جرب الاهتياج الذي يسببه جار يصدر ضوضاء مربكة من اجهزة التسجيل العالية التي تشغل عندما نحاول الدراسة او من اطفال يصرخون عندما يحاول الكبار ان يتحدثوا. ومن جهة اخرى اذا دخلت غرفة لا يدخلها

الصوت مدة طويلة، فإن غياب الصوت الخارجي يصبح مثيرا للاعصاب بعد مرور خمس او عشر دقائق فقط. والبعد الاخر من ابعاد التحفيز البيئي هو التباين diversity او الاختلاف عبر الوقت وفي اية لحظة معينة. فالاختلاف القليل جدا في محيطنا يقود الى الملل والرغبة في السعي والبحث عن الاثارة، والاختلاف المبالغ فيه يعد شيئا غير مرغوب فيه، ويشير بحث لـ Wohlwill 1974 الى ان الجاذبية المدركة ومشاعر الرضا والسرور المرتبطة بمشهد من صنع الانسان تصل الى اقصى حد لها عند مستوً متوسط من الاختلاف. والبعد الثالث من التحفيز هو الصياغة patterning (الوضع في انماط وصيغ ونماذج معينة) او الدرجة التي يتسع او يتضمن فيها الادراك perception على كل من البنية structure او التركيب والابهام uncertainty، فالغياب الكلي للبنية التي يمكن تنظيمها بوساطة الياتنا الخاصة بمعالجة المعلومات، مثل أشعاع الضوء وانتشاره الذي يكون ضوءا ذا شدة ثابتة او النغمة المفردة التي تكون ذات صوت جهوري ثابت ومستمر، فإن ذلك يكون مزعجا ومربكا ومشوشاً. وبالمثل، فإن صيغة شديدة التعقيد لا تحتوي على بنية (تركيب) يمكن توقعها او التنبؤ بها هي صيغة مربكة ايضا، فسيتوضح لنا بأن تلك البيئة هي بيئة تبعث على التوتر لدرجة ان بيئة بنيت حديثا هي بيئة مختلفة ومعقدة تجعل من عملية ادراكنا الحسي للبنية امرا صعبا. وخير مثال على ذلك انماط الشوارع في المدينة، فالشوارع المتوازية في صيغة الطرق المتقاطعة او المتشابكة يمكن ان تكون انماطا تثير الرتابة والملل monotonous ومن جانب اخر فإن التصميمات المعقدة التي لاتحتوي على اشارات دالة يمكن التنبؤ بها يمكن ان تسبب صداعا في الرأس. لهذا فإن مستوً متوسطاً من عملية الصياغة ذات شوارع تكون بنهاية واحدة هو مستوى مريح عادة فضلا عن انه يحفز تحفيزا لطيفا.

وبعد افتراض القاعدة العامة بأن ثمة مستويات مثلى من التحفيز البيئي، قدم Wohwill تغييرا على هذه القاعدة بافتراض اخر الا وهو ان كل شخص

يملك مستوً امثل من التحفيز يستند على التجربة والخبرة السابقة. فمثلا يكون للبعض ممن يعيشون في المدن مستوً اعلى لتحمل الضوضاء والازدحامات واقل تحملا للعزلة isolation نسبة لمن يقطنون المناطق الريفية.

وبعد ان ينتقل الشخص الذي نشأ في الريف ليمضي بضعة اشهر او سنوات في المدينة فإنه سيكتسب على الارجح تحملا اعظم تجاه الازدحامات والضجيج من ذلك الذي لاينتقل ابدا للعيش في المدينة. ويشير Wohwill الى ان هذا التحول في مستوى التحفيز الامثل optimal على انه "تكيف" adaptation، ويعرف على انه "تغير كمي quantitative في توزيع الاستجابات العاطفية affective او التحكمية judgmental ولاتختلف مستويات التكيف من شخص الى آخر على انه وظيفة (دالة) للتجربة فحسب، بل قد تتغير مع الوقت نتيجة التعرض لمستويات مختلفة من المثيرات. فإن كيفية تقويم الفرد لبيئة معينة ورد فعله ازائها يقرره المدى الذي تتحرف فيه تلك البيئة عن مستوى تكيف الفرد، فكلما انحرفت البيئة عن مستوى التكيف اكثر، كلما ازدادت حدة رد الفعل تجاه تلك البيئة. وتفترض نظرية مستوى التكيف علاقة مثيرة من السلوك البيئي في التمييز بين التكيف adaptation وما يدعوه سوننفيلد 1966 Sonnenfeld بالتوافق او التنظيم adjustment فالتكيف يشير الى تغيير الاستجابة ازاء المثير، في حين يشير التوافق (التنظيم) الى تغيير المثير نفسه.

فمثلاً التكيف مع الاصوات العالية سيشمل التعود التدريجي على تلك الاصوات، اما التوافق(التنظيم) فيشمل اما ارتداء واقيات الاذن او نصب موانع عازلة للصوت، وكذلك الحال بالنسبة للحرارة فالتكيف مع درجات الحرارة العالية سيشمل التعود على الحرارة العالية كي لا نتصبب عرقاً وبغزارة عند التعرض لها. اما التوافق (التنظيم) فيشمل ارتداء الملابس الخفيفة او نصب مكيفات الهواء. وفي اغلب المجتمعات الانسانية يعد التكيف الخيار الاكثر واقعية من (التنظيم). وفي المجتمعات الحديثة ذات التقنية المتقدمة. فإن التنظيم هو

الخيار الواقعي بشكل واضح الذي تفضله على التكيف. وبدلاً من التكيف مع درجات الحرارة التي هي فوق او تحت مع ما نعده وندركه على انه درجة حرارة مثلى فإننا نفضل تطور التقنيات الجديدة التي ستمكننا من الحفاظ على مستوى التكيف القديم. وعموماً فإن نظرية مستوى التكيف توحي (تقترح Suggests) بأن الناس عندما يمنحون فرصة الاختيار بين التكيف والتنظيم فإنهم سيأخذون المسار الذي يسبب تعباً اقل.

ان نظرية مستوى التكيف تضم بعضاً من سمات نظرية الاجهاد (الضغوط) والحمل الزائد والتحفيز القليل وهي بهذا تملك عمومية واسعة على نطاق البيئات الفيزيائية والاجتماعية، وكذلك تنطبق على اشكال الحس والادراك جميعها. وتوحي ايضاً بأن بحوث مستقبلية قد تركز على عملية التكيف من اجل حل الكثير من المشاكل البيئية. ومن المشاكل التي تواجه هذه النظرية هي انها ومذ ان سمحت بالكثير من التنوع الفردي في مستوى التكيف، اصبح من الصعب القيام بتنبؤات حول التفضيل البيئي وعلاقات البيئة – السلوك وتنبعث هذه المشكلة من نظريات علم السلوك behavioral Science فكلما كانت العناصر التي تنبعث منها التنبؤات محددة ودقيقة، كلما كانت التنبؤات اقل عمومية، وكلما كان المتنبؤن اكثر عمومية وشمولية، كلما كانت التنبؤات اقل دقة وتحديد.

أما فيما يتعلق بالضوضاء فإن التكيف لها يعد غير مجدٍ وضار اذ ان هناك من يقول: انا لست بحاجة الى حماية حاسة السمع فأنا معتاد على الضوضاء والجواب على ذلك هو ان الاذن لاتعتاد على الضوضاء بل يؤدي التعرض هذا الى الصمم (deaf) فالتعرض المتكرر للضوضاء لايعطي الاذن متانة ضد الضوضاء او بمعنى آخر (انها لن تصبح مقاومة للضوضاء).

هذا فضلا على ان الافراد لايستطيعون تحمل المثيرات غير السارة كالروائح العفنة والاضواء المزغللة والاصوات المرتفعة الا تحت الضرورة القصوى

.مما لايمنع وقوع الاثر الضار على الفرد نتيجة تحملها سواء أكان نفسياً او فسلجياً.

منهج تقييد السلوك The Behavior Constraint Approach

على وفق المنظور النظري فإن التحفيز البيئي المفرط او غير المرغوب فيه يؤدي الى التوتر والاهتياج او الضغط على القدرة في معالجة المعلومات. ونتيجة محتملة اخرى لمثير كهذا هي فقدان السيطرة المدركة على الوضع. فمثلاً هل واجهت موجة حرارية صيفية وشعرت بأن لاشيء يمكنك فعله حيالها؟ او هل اجبرت يوماً على العيش او العمل في ظروف واوضاع مزدحمة وكثيرة الضجة وشعرت ان الوضع كان خارج سيطرتك لدرجة لم تتمكن معها من فعل شيء لتتخطى ذلك الامر؟ ان فقدان السيطرة المدركة على الوضع هو ما يعرف بانموذج تقييد السلوك البيئي للمثير. وهذا ما قاله كل من (بروشانسكي Proshansky، اتلسون Ittleson وريفلن Rivlin، 1970، زلوتنك Zlutnick والتمان Altman 1972 ورودن Rodin وباوم 1977 وستوكولس Stokols 1977). وحالما تدرك بانك تفقد السيطرة على البيئة، عندها تدرك بان الاحداث البيئية تقيد سلوكك، فتشعر اولاً بعدم الراحة او العاطفة السلبية، وقد تحاول ايضاً اعادة تاكيد السيطرة على الوضع. ويدعو برم Brehm 1966 هذه الظاهرة برد الفعل النفسي Psychological reactance.وعندما نشعر بأن حرية افعالنا قد قيدت فإن رد الفعل النفسي سيقودنا الى محاولة استعادة الحرية.

وعلى وفق انموذج السلوك المقيد ليس بالضرورة تجربة فقدان السيطرة فعليا لكي يبدا رد الفعل، ولكن كل ما نحتاج اليه هو ان نتوقع بأن عاملاً بيئياً معيناً يوشك على تقييد حريتنا. وبناءً على أنموذج تقييد السلوك يمثل العجز المتعلم النتيجة النهائية لفقدان السيطرة وهذا يعني انه اذا باءت المحاولات والجهود المكررة لاستعادة السيطرة بالفشل، قد نبدأ بالاعتقاد بان افعالنا لا تملك تاثيرا

على الموقف، ولذلك فإننا نتوقف عن محاولة استرداد السيطرة. وبعبارة اخرى فإننا "نعلم" learn باننا عاجزون، وفي الغالب يقود تعلم اليأس الى الكآبة.

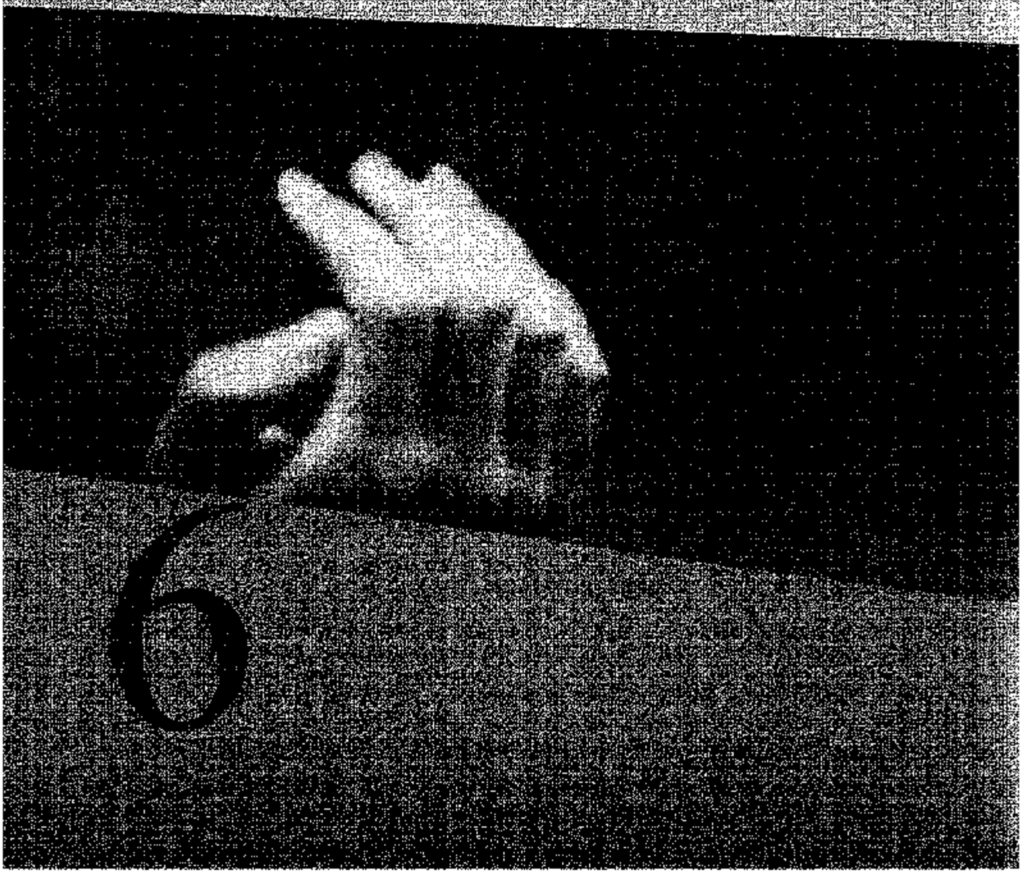
وانطلاقا من الراي الذي يقول بأن الانسان يفشل في حل انواع معينة من المشاكل بسبب انه ضعيف اوسلبي، قام Jankovic واخرون عام 1983 بدراسة اشترك فيها 83 طالب كلية في دراسة حل المشكلة، كان هدف الدراسة البحث في العلاقة بين الاحداث غير المسيطر عليها والتخلي عن السلوك والضعف (العجز) فقد حاول هؤلاء حل المشاكل المتعلقة بعتلة وتحت ثلاثة ظروف 1. الضوضاء العالية التي لا مفر منها 2. الضوضاء العالية التي يمكن السيطرة عليها 3. عدم وجود ضوضاء. وبموجب الظرف الذي يمكن السيطرة فيه على الضوضاء أُخبر الافراد بانهم يتمكنون من وقف الضوضاء متى ارادوا ذلك وقد تعلموا كيف يقومون بذلك. وجاءت النتائج بأن الافراد في شرط الضوضاء التي لامفر منها استغرقوا وقتا طويلا للتحرك ونقل العتلة داخل shuttlebox، ولديهم رغبة قوية بالتخلص من الضوضاء اكثر من المشتركين في ظرف امكانية السيطرة ومع هذا فإن المشتركين في شرط الضوضاء التي لامفر منها لاينسحبون من العمل بسرعة موازنة بالمشتركين في ظرف السيطرة وعدم وجود الضوضاء (ضابطة). وقد اوضحت النتائج بانه على الرغم من ان الانسان يبدو انه يتعلم بشكل بطيء بعد ان يكون خاضعا الى مثيرلا يمكن تجنبه او الفرارمنه واظهاره لضعف الاداء، الا انه لن يكون عاجزا helpless تماما.

مما تقدم نستطيع ان نستنتج بأن الضوضاء تؤدي الى زيادة الاستثارة arousal، والضغط (الاجهاد) Stress؛ وتضييق الانتباه attention، وتقييد السلوك Constraints on behaviour، وان كره الضوضاء والنفور منها aversiveness يعتمد على 1. مقدارها (علوها Volume). 2.امكانية التنبؤ بها Predictability 3. وادراك السيطرة عليها perceived control. وباجتماع الضوضاء مع مصادر الضغوط الاخرى ربما يؤدي ذلك الى اثار adverseضارة في

الصحة العقلية والجسدية Physical & Mental health. وكما لوحظ فإن الضوضاء تتداخل مع الاتصالات اللفظية verbal communicationهذا فضلاً عن تاثيراتها في النوم. واعتماداً على الموقف ونوع الضوضاء ومستوياتها فإن الضوضاء من الممكن ان تزيد او تخفض من الجاذبية، وتسهيل العدوان، او التدخل والمشاركة في سلوك المساعدة. وفي حالة كون الضوضاء معيقة ومؤذية للاداء او انها مساعدة في تحسينه فإن ذلك يعتمد على 1. نوع الضوضاء type of noise 2. درجة تعقيد المهمة complexity of task 3. العوامل الفردية individual factors مثل (الشخصية Personality ومستوى التكيف daptation وتحمل الضوضاء Tolerance to Noise ودرجة الانزعاج منها Annoyance).

الفصل السادس

خلفية نظرية لأنماط الشخصية



الفصل السادس

المشاكل الصحية الكبرى للنساء في العالم العربي

جاء في المادة (12) اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة: (لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته ويتضمن ذلك التغذية والملبس والمسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة. وله الحق في تأمين معيشي في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته. وللأمومة والطفولة الحق في المساعدة والرعاية ولجميع الأطفال حقّ التمتع بنفس الحماية الاجتماعية سواء كانت ولادتهم في إطار الزواج أو خارجه).

المادة 25 - الإعلان العالمي لحقوق الإنسان

1. تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة على التمييز ضد المرأة في ميدان الرعاية الصحية من اجل أن تضمن لها على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، الحصول على خدمات الرعاية الصحية بما في ذلك الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة
2. بالرغم من أحكام الفقرة (1) من هذه المادة تكفل الدول الأطراف للمرأة خدمات مناسبة فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة، موفرة لها خدمات مجانية عند الاقتضاء وكذلك تغذية كافية أثناء الحمل والرضاعة.

الصحة ليست فقط كما يقول المثل العربي "تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه سوى المرضى" وإنما هي أيضا تاج على رؤوس الأمم الغنية لا تراه إلا الأمم الفقيرة. إنها في نفس الوقت من أهمّ مظاهر الإنماء الإنساني الشامل ومن أصعب

شروطه تحقيقا لارتباطها الوثيق بفعالية قطاعات اجتماعية عديدة تبدو بعيدة عن الصحة والحال أنها تؤثر فيها الأثر الكبير.

هكذا تشكل دراسة وضعها في أي بلد مدخلا لفهم تركيب هذا المجتمع من ناحية توزيع الثروة وتوزيع الاعتبار وتوزيع المسؤولية وتوزيع الموارد العامة ناهيك عن أولويات النظام السياسي وكفاءة نظام تقني محدد هو جهاز تقديم الخدمات الصحية. إن دراسة الصحة بصفة عامة، وصحة المرأة العربية بصفة خاصة، يعود في آخر المطاف إلى استعراض حالة التقدم الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والأخلاقي والثقافي لمجتمع ما... وللتركيز على صحة المرأة أهمية خاصة نظرا للارتباط الوثيق بين صحة المرأة وصحة الطفل الذي يشكل في كافة الوطن العربي الشريحة الأوسع في المجتمع (بمفهوم اتفاقية حقوق الطفل أي إلى عمر الثامنة عشر). ويعني هذا أن كل تأثير، أكان بالسلب أو بالإيجاب، على صحتها ينعكس آليا على صحّة الجيل الصاعد ومن ثمة على المجتمع ككلّ. وفي البداية لا بدّ من تحديد المفاهيم التي تبدو بديهية. تعرّف المنظمة العالمية للصحة هذه الأخيرة بأنها "حالة كاملة من الرفاهة البدنية والنفسية والاجتماعية".

لنتصور بحثاً يحاول قياس صحة المرأة العربية انطلاقاً من سبر آراء لعينة ممثلة وتسأل فيه المرأة المستجوبة "هل أنت في حالة كاملة من الرفاهة الكاملة البدنية والنفسية والاجتماعية"؟

إن أخشى ما نخشاه هو أننا سنكتشف أنه لا توجد امرأة سليمة واحدة لا في الوطن العربي ولا في أي مكان على سطح الأرض حيث أنه لا يمكن لأي إنسان أن يكون في حالة كاملة من الرفاهة الجسمية والنفسية والصحية. فالوضعية الغالبة أننا نمرّ بحالات متواصلة التغيير للجسم والنفس بحكم تعرضنا طوال الوقت لتأثيرات متقلبة ولضغوطات هائلة من محيط طبيعي متغير وخطير ومحيط اجتماعي تتوفّر فيه كل معطيات الصحة وكل معطيات المرض.

ومن البديهي أن تولّد هذه الضغوطات حالات ضعف عابرة للجسم – مثل الإصابة بالزكام - أو حالة من الألم النفسي الطبيعي – مثل حداد الأم على موت رضيعها- أو حالة من التراجع في المكانة الاجتماعية – مثل التقاعد - أو تراجعا فيزيولوجيا في الطاقات والقدرات ونحن على مشارف الموت.

ليس من الممكن إذن – ولا حتى من المستحسن- أن نكون في هذه الحالة المثالية والثابتة التي يحدد بها التعريف صحتنا حيث لا حق لنا بموجبه أن نحزن لفقدان الطفل أو ألا نعرف خوف الموت وقلق الوجود ناهيك عن الإرهاق الطبيعي الذي يمكن أن يصاحب أي عمل نحبّه.

إن تعريف المنظمة العالمية للصحة غير واقعي ويمكن القول أنه يصلح لتعريف السعادة لا الصحة. أما تخلّص المدافعين عنه بالقول أن القصد منه وضع هدف عسير المنال لشحذ الهمم فهو أيضا تبرير مرفوض لأن الأهداف التي يجب أن نضعها نصب أعيننا يجب أن تكون عملية وقابلة للتحقيق وللتقييم وإلا فإن الإحباط هو ما سيترصّد بنا على طريق تكفيه مصاعب الواقع حتى لا نضيف له مصاعب المثال. كل هذا للقول أننا بقدر ما نعتبر التعريف محقا في فصله الصحة عن مجرّد غياب المرض بقدر ما نعتقد أن علينا توخيّ تعريف أكثر جدّية والبحث عن مقاييس واقعية.

إن الصحة حالة تتمثل على مستوى التصرفات في الاضطلاع بكافة الوظائف الطبيعية والاجتماعية بأقصى قدر ممكن من الاستقلالية عن أي سند طبي (autonomie) وعلى مستوى المواقف بأقصى قدر ممكن من الرضا عن أداء الجسم والنفس (satisfaction).

وعندما نمارس وظائفنا الطبيعية بصفة مستقلة ونشعر بالرضا عن أداء جسمنا فإن هذا يعكس نجاح آليات بالغة الترابط والتعقيد تعمل من وراء الستار وهي من طبائع مختلفة: وراثية، فيزولوجية، سيكولوجية وأجتماعية.

إن هذه الآليات هي التي تمكّن من المحافظة على توازن الشخص أطول فترة ممكنة واسترجاعه في حالة اختلاله وهي مرتبطة أوثق الارتباط بتوفّر المحيط الطبيعي والاجتماعي على جملة من لعوامل الضرورية مثل الماء الصالح للشراب والغذاء المتوازن والهواء غير الملوث والسكن اللائق وعلى عوامل لا تقل أهمية مثل المعرفة والعمل والكرامة والحرية والاعتبار. نحن بالتأكيد سنحصل على معلومات أدق وأصحّ حول الوضع الصحي لو طالبنا عينتنا بالردّ على أسئلة تصاغ كالتالي:

1. كيف تقيمين حالتك الصحية هذا الشهر؟ (مرضية تماما – مرضية – متوسطة – غير مرضية – غير مرضية بالمرّة)
2. خارج الخدمات الوقائية مثل التلقيح والمراقبة الدورية للحمل، ما مدى حاجتك للخدمات الطبية أو للأدوية في تأدية كامل وظائفك الفيزيولجية والاجتماعية؟ (لا أستطيع العيش دونها – أحتاجها كثيرا وباستمرار – احتاجها في بعض الأوقات – لا أحتاجها إلا نادرا – لا أحتاجها أبدا).
3. أذكري من بين القائمة التالية (ماء شرب – غذاء متوازن وكاف – سكن لائق – عمل – تعليم – ترفيه اعتبار- كرامة – حرية) تلك التي تتوفرين عليها (بصفة مرضية تماما- مرضية – متوسطة – غير مرضية – غير مرضية بالمرّة).

إن مثل هذه الدراسة للأسف غير موجودة لا لصعوبتها وإنما لأن الإطار النظري الذي يحكم تعاملنا مع الظاهرة يركز من جهة على تعريف طوباوي للصحة ويواصل (كما تثبت ذلك كل الإحصائيات التي تنشرها منظمة الصحة العالمية وغيرها) التعامل مع انتشار الأمراض كما لو كان تأرجح مؤشراتها هو أحسن مدخل لفهم الصحة.

وفي هذه الورقة اخترنا أن نتناول الموضوع من باب التركيز على هذه العوامل التي لا تكون الصحة دونها تاركين قياس مؤشرات التمتع بالصحة لوزارات الصحة والجامعات العربية. ولأن أي دراسة جادة لا تكون بحثا في امرأة عربية هلامية لا وجود لها إلا كمفهوم عام وإنما بحثا في وضعيات جد مختلفة لنساء عربيات تنتمين إلى أجيال وطبقات وبلدان مختلفة، فإنه من الأسلم علميا الحديث عن الوضع الصحي للنساء العربيات لا صحة المرأة العربية.

يشكل معدّل أمل الحياة عند الولادة وعند الجنسين مؤشرا عامّا لا لقياس الصحة وإنما لقياس طول مقاومة الجسم لقوى التفكك الداخلي وصموده أمام قوى التفكيك الخارجي. ويصلح هذا المؤشر للمقارنة بين الجماعات البشرية المختلفة. تظهر الجداول التفصيلية التالية – رغم الحالة الكويتية والقطرية – أن معدّل أمل حياة المرأة العربية أعلى منه عند الرجل من سنة إلى أربع سنوات (موريتانيا)، لكنها تظهر أيضا الفوارق الكبيرة بين المناطق العربية وداخل هذه المناطق نفسها (2)

معدل أمل الحياة في أقطار جنوب الصحراء

القطر	معدل أمل الحياة عند الولادة رجال - نساء	معدل أمل الحياة عند الستين رجال - نساء	العدد المرتقب، عند الولادة، من سنوات الصحة الضائعة	نسبة سنوات الحياة المخسورة رجال - نساء
الصومال	37.5 36.1	9.4 8.3	8.1 6.9	17.7 16.1
السودان	49.9 47.2	10.7 9.8	9.4 7.8	15.9 14.1
جيبوتي	43.2 42.5	10.6 9.8	7.4 6.1	14.7 12.6

معدل أمل الحياة في منطقة المغرب العربي

القطر	معدل أمل الحياة عند الولادة رجال	نساء	معدل أمل الحياة عند الستين رجال	نساء	العدد المرتقب، عند الولادة، من سنوات الصحة الضائعة رجال	نساء	نسبة سنوات الحياة المخسورة رجال	نساء
موريتانيا	42.8	46.3	9.5	10.5	6.9	8.2	14.0	15.1
المغرب	59.5	60.9	11.4	12.7	9.4	11,9	13.6	16.4
الجزائر	59.7	61.6	12.5	13.3	7.9	9.6	11.7	13.5
تونس	61.3	63.6	12.0	13.3	8.2	10.3	11.8	13.9
ليبيا	62.3	65.0	12.0	13.8	8.1	10.5	11.5	13.9

* ثمة في بعض الأحيان فوارق بين الأرقام لاختلاف المصادر وسنوات البحث واقتصرنا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

معدّل أمل الحياة في منطقة المشرق العربي

القطر	معدل أمل الحياة عند الولادة رجال	نساء	معدل أمل الحياة عند الستين رجال	نساء	العدد المرتقب، عند الولادة، من سنوات الصحة الضائعة رجال	نساء	نسبة سنوات الحياة المخسورة رجال	نساء
العراق	48.8	51.5	9.2	10.6	10.3	11.6	17.5	18.4
سوريا	60.4	63.1	11.3	12.9	8.2	10.5	12.3	14.2
لبنان	59.2	61.6	11.3	12.6	8,4	10.4	12.5	14.5
مصر	57.8	60.2	9.9	11.3	7.4	8.8	11.4	12.8
الأردن	59.7	62.3	11.1	12.9	9.0	10.9	13.1	14.9

معدل أمل الحياة في منطقة الخليج العربي

القطر	معدل أمل الحياة عند الولادة رجال - نساء		معدل أمل الحياة عند الستين رجال - نساء		العدد المرتقب، عند الولادة، من سنوات الصحة الضائعة		عدد سنوات الحياة المخسورة رجال - نساء	
اليمن	48.0	50.7	8.7	10.4	10.8	11.5	18.4	18.5
عمان	62.7	65.3	11.9	13.7	8.3	11.1	11.8	14.5
الأمارات	63.5	64.2	12.0	12.5	7.8	10.9	10.9	14.5
البحرين	64.2	64.4	11.5	11.6	7.5	10.1	10.9	13.6
السعودية	59.8	62.9	11.2	13.0	8.6	11.0	12.6	14.9
الكويت	67.4	66.6	14.2	13.6	8.4	10.2	11.1	13.3
قطر	66.7	63.8	13.7	11.2	8.2	0'10	10.9	13.6

وفي الجدول الموالي وضعنا مؤشر أمل الحياة أين يصل حده الأدنى (الصومال) وحده الأقصى (الكويت) ومستواه في أكبر بلد عربي، بالمقارنة مع بلد كاليابان له قصب السبق حاليا في العالم.

مقارنة معدل أمل الحياة بين بعض الأقطار وبينها واليابان

البلد	رجال	نساء
اليابان	72.3	77.7
مصر	57.8	60.2
الكويت	67.4	66.6
الصومال	36.1	37.5

يظهر الجدول الفروق الهائلة بين معدل أمل الحياة داخل المنطقة العربية حيث تعيش المرأة الصومالية تقريبا نصف عمر المرأة الكويتية، بينما تعيش هذه الأخيرة أكثر من المرأة المصرية بمعدّل 6 سنوات لكن 11 سنة أقل من المرأة اليابانية. وللأدوات الإحصائية المتزايدة الدقة القدرة اليوم على تحديد عدد سنوات الحياة المؤملة بعد الستين وخاصة عدد السنوات الضائعة بحالة صحة. يعطي الجدول التالي فكرة عن الهوة السحيقة في مستوى هذين المؤشرين داخل المنطقة العربية ككل وبالمقارنة مع اليابان.

البلد	معدل أمل الحياة عند الستين		العدد المرتقب، عند الولادة، من سنوات الصحة الضائعة		نسبة سنوات الحياة المخسورة	
	رجال	نساء	رجال	نساء	رجال	نساء
اليابان	17.5	21.7	10.3	11.6	17.5	18.4
مصر	9.9	11.3	7.4	8.8	11.4	12.8
الكويت	14.2	13.6	8.4	10.2	11.1	13.3
الصومال	8.3	9.4	6.9	8.1	16.1	17.7

إن هذا الجدول يشير لكون أطول النساء العربيات عمرا تعشن بعد الستين بمعدّل ثماني سنوات أقل من المرأة اليابانية وأنها تضيع عشر سنوات من الحياة دون مرض وأنها تخسر ثلاثة عشر سنة كان بوسعها أن تعيشها لو... إن المعدلات التي تحققها اليابان – والتي ترتفع سنويا- هي بمثابة المسافة التي يجب على المرأة قطعها لأن المثال الياباني يدلّ على قدرة الإنسان على الوصول إلى هذه المعدلات حتى وإن لا نعرف حاليا كم من سنوات إضافية ستريح بتواصل تحسّن مقومات الصحة والاكتشافات الطبية.

السؤال الآن ما هي الأسباب التي تجعل المرأة الكويتية لا تقطع إلا 85% من الطريق الذي تقطعه المرأة اليابانية والمرأة المصرية 77% منه المرأة الصومالية

48% فقط، إضافة لكونها تقطع هذه المسافة في حالة صحية لا تفي دوما بما تتطلع وتقدر عليه؟

إن الردّ على هذا السؤال ليس صعبا حيث أصبحت أهمّ عوامل طول العمر والتمتع بالصحة أطول فترة داخل هذا العمر معروفة وموثقة وذلك بفضل أبحاث الطب الوقائي والمعطيات التي توفرها العلوم الاجتماعية والنفسية.

وبصفة إجمالية يمكن القول أنها بالغة التعقيد وتشمل خصائص الفرد الجينية أو الوراثية وطبيعة الأخطار التي يتعرض لها بحكم البيئة التي يعيش فيها والعمل الذي يقوم به الخ، لكنها على الصعيد الجماعي محكومة بقوى مرتبطة أوثق الارتباط بالوضع الاقتصادي والاجتماعي والوضع السياسي والوضع الثقافي (بمفهوم العادات والتقاليد) وأخيراً وليس آخراً بوضع جهاز تقديم الخدمات الصحية.

وعندما نحلّل الوضع الصحي للنساء في العالم العربي نكتشف حالة هذه العوامل في منطقتنا في حين تتخذ في مناطق أخرى من العالم حالات مختلفة، علما وأن كل هذه الحالات تتغير طول الوقت وفي كل منطقة الأمر الذي ما يجعل تشخيصنا لها شبيها بصورة تستخرج من فيلم.

العامل الاقتصادي والاجتماعي

إن علاقة الثروة بالصحة بديهية وقاعدة كل زمان ومكان، ويظهر الارتباط الوثيق بين المؤشرين في هذا الجدول.

الدخل وأمل الحياة في بلدان الخليج مقارنة مع اليابان

إحصائيات مركز الأمم المتحدة للإنماء - 2001

البلد	معدل أمل الحياة	الدخل الفردي بالدولار الأمريكي
اليابان	81.3	25130
الكويت	76.3	18700
السعودية	71.9	13300
اليمن	59.4	790

إن ارتبـاط معـدل أمـل الحيـاة المـنخفض في أفقـر البلـدان العربيـة وارتفاعـه بارتفـاع الـدخل الفـردي بسـيط التفسـير حيـث يعـني هـذا الارتفـاع إمكـانيـة تـوفير الشـروط الأساسـية للتمتـع بالصـحة وهـي الغـذاء الكـافي والمـاء الصـالح للشـراب والسـكن اللائق والتعليم.

والقاعـدة أنـه بقـدر مـا ينخفض هـذا الـدخل بقـدر مـا يكـثر خطـر التعـرض للأمراض الوبائية ولأمراض نقص هذه المادة أو تلك (مثلا فقر الـدم مـن الحديـد أو الانيميا الـذي يشـمل 50% مـن النسـاء) ناهيـك عـن تنـاقص فـرص الحصـول علـى خدمات صحية جيّدة. والفقر مـرتبط في كـل منـاطق العـالم بالبطالـة وهـي عمومـا أعلى عند النساء منها عند الرجال.

هو يفسّر الفرق بين البلـدان العربيـة ذات الـدخل القـومي المتبـاين، لكنـه لا يفسّـر الفـرق بـين الـدول العربيـة الغنيـة واليابـان. ففـي البلـدان الخليجيـة مـثلاً لا يمكن أن نربط معدل أمل الحياة المنخفض نسبيا بنقص في الغذاء والمـاء الصـالح للشراب والسكن. هناك بالضرورة قوى أخرى.

ثمة في البداية ضعف مشاركة المرأة في هـذه البلـدان في الـدورة الاقتصـادية لكننا فنسبة المشاركة في القوة العاملة لا تتجاوز في الامارات العربية المتحدة 13 في المئة و18 في المئة في المملكة العربية السعودية و17 في المئة في عمـان و16 في المئة في قطر و21 في المئة في البحرين و23 في المئة في الكويت.

وهذا المؤشر مرتبط بدوره بنسبة التعليم عند المرأة الذي يعتبر من قبـل كـل أخصائيي الصحة العمومية ومن أقوى المؤشرات الاقتصادية/الاجتماعية ارتباطا بصحة الطفل والمرأة. فارتفاع مستوى التعليم مرتبط بتحسـن ملحـوظ في انخفـاض نسبة وفيات الأطفال وتراجع نسبة الموت عنـد الـولادة ناهيـك عـن اسـتعمال أحسـن للجهاز الصحي. ومن ثمة ضرورة تتبع هذا المؤشر في كل مجتمعاتنا العربية بكـل اهتمام.

معرفة القراءة والكتابة سنة 2003 (3)

	نساء	رجال
الوطن العربي	51	73
الأردن	86.6	95.8
قطر	85	81.4
الإمارات	81.5	76
اليمن	30.1	70.5
العراق	24.4	55.9

إن هذه النسب العامة لا يجب أن تخفي عنّا ديناميكية المؤشرات حيث أن مؤشر المساواة بين الجنسين من حيث الالتحاق بالتعليم الابتدائي في العام الدراسي 2001/2000 وصل بين 0.95 و0.99 في الأردن وتونس والجزائر والمملكة العربية السعودية وفلسطين والكويت، لكنه 0.77 في جيبوتي و0.56 في اليمن.

وبالنسبة إلى التعليم الثانوي فمؤشر المساواة بين الجنسين 2001/2000 بين 0.90 و0.96 مصر والسعودية في تلك البلدان الثلاثة. وكان عدد الفتيات الملتحقات بالتعليم الثانوي يزيد عن نظرائهن من الذكور في الامارات العربية المتحدة والبحرين وتونس والجزائر وعمان وفلسطين والكويت، حيث راوح مؤشر المساواة بين الجنسين بين 0.02 و0.13 ووجدت أكبر فجوة في التعليم الثانوي في المنطقة العربية لصالح الذكور في العام الدراسي 2001/2000 في جيبوتي، حيث لم يتعد مؤشر المساواة بين الجنسين الـ0.64.

أما في التعليم الجامعي فيتبين انه في العام الدراسي 2001/2000 فاق معدل التحاق النساء في التعليم الجامعي معدل التحاق الرجال في ثلاثة بلدان هي لبنان (44 في المئة في مقابل 40 في المئة للرجال)، وعمان (10 في المئة في مقابل 7 في المئة للرجال)، وقطر (38 في المئة في مقابل 13 في المئة للرجال) ومؤشر

المساواة بين الجنسين في ليبيا وفلسطين هو 0.96 و1 في تونس ، لكنه - 0.20 فقط في موريتانيا. نحن إذن أمام وضعيات مختلفة لكنها تتحرّك في اتجاه التحسن المطّرد ولو بسرعة مختلفة تتحكم فيها قوى يجب تحديدها الآن.

إن عامل الفقر كاف لتفسير الفرق الهائل بين معدّل آمل الحياة بين الصومال والكويت، لكنه لا يفسر انخفاضه في بلد غني بموارده الطبيعية مثل العراق (51,5) أو بلد يعتبر من أكثر البلدان العربية تقدماً من الناحية الاجتماعية هو لبنان (61,6) بالمقارنة مع بلد مثل الأردن (62,3) الذي لا يتوفّر لا على ثروات العراق ولا على موقع لبنان.

العامل السياسي

قلَ ما نقدّر خطورة معاناة ملايين النساء العربيات الناجمة عن وقوعهن ضحايا الصراعات السياسية الطاحنة التي تعصف بالوطن العربي والتي لا تلعبن فيها أي دور. وليس لنا أرقام موثقة عن عدد النساء العراقيات اللواتي رحن ضحية حرب الخليج الأولى والثانية ولا عن الجزائريات والصوماليات والسودانيات اللواتي لقين حتفهن بسبب الحروب. وبخصوص المرأة الفلسطينية هذه الأرقام التي أصدرتها وزارة الصحة لدولة فلسطين:

عدد القتلى حسب الجنس نتيجة الاعتداءات الإسرائيلية (4)

الجنس/ السنة	1999	2000	2001	2002	2003
الرجال	4736	4917	5038	6366	5674
النساء	4225	4201	4185	4439	4510

معنى هذا أن 21560 امرأة قتلت في فلسطين في الخمس سنوات الأخيرة من جراء الاحتلال ومقاومته. وتقول إحصائيات اليونيسف أنه منذ عام 1990 وحتى الآن قتل أكثر من مليوني طفل عربي وأصيب نحو 6 ملايين طفل نتيجة النزاعات المسلحة التي تعصف في بلدان مثل جيبوتي، الجزائر، العراق، لبنان،

المغرب، سوريا، الصومال، السودان وفلسطين. كما أن فريقا من أطفال هذه المنطقة يعيشون وسط حقول الألغام التي تشوه سنويا عشرة آلاف طفل. وتتميز فلسطين بخاصية نادرة في العالم العربي والعالم بأسره تجعل الحوادث هي سبب الموت الأوّل في شريحة 5- 19 سنة وتعزى 10 لحوادث الطرقات و41.5 للسلاح الإسرائيلي وراء أرقام الموتى من الأطفال يجب أن نرى عددا موازيا لأمهات يتسبب موت الطفل في آلام نفسية حادة وعددا أكبر لنساء العائلة القريبة والبعيدة يتحملن جزءا من المعاناة.

ثمة أيضا تبعات الصراعات السياسية الداخلية فهناك مئات الآلاف من النساء المعرضات لكل أصناف العذاب النفسي بحكم تواجد أطفالهن أو أزواجهن أو إخوتهن في السجون العربية نظرا لنشاطهم السياسي أو لانحراف فرضته غالب الوقت ظروف الفقر القاهرة. ومن المعروف أن الرجال لا يزورون القريبة المسجونة التي يعتبر سجنها عارا، لكن المرأة تتابع بكلّ حرص وضع قريبها السجين.

تتسبب هذه الظاهرة، التي لا ينتبه لها إلا من عرف طوابير النساء الطويلة أمام السجون، في معاناة نفسية هائلة وطويلة المدى لم تنل حظها حسب رأينا حظّها من الدراسة. وللعامل السياسي دور آخر لا ننتبه لأهميته في تغذية المصاعب النفسية التي تتعرض لها المرأة في منطقتنا ومن ثمة للإضرار بصحة قلنا أنها لا تفصل بين الجسدي والنفسي.

لقد أصبحت المرأة، خلافاً لأغلب مناطق العالم، رهينة الصراع السياسي المتصاعد الحدة بين الممارسات الاستبدادية للسلطة والممارسة الاستبدادية للمعارضة الإسلامية. إن الإذلال الذي تتعرض له المحجبة في تونس ومحاصرتها والتضييق عليها في الشغل والدراسة وحتى في التحرّك في الشارع لا يقلّ أذى من الناحية النفسية عن إجبار المرأة، في كثير من البلدان العربية، على ارتداء الزيّ الإسلامي أكان بضغط اجتماعي صريح أو خفيّ.

ثمة أيضا غياب المرأة شبه الكلي عن مواقع القرار. إنّ نسبة المقاعد التي تحتلها في البرلمانات الوطنية - على ضعف تأثير هذه الهياكل- لا تتجاوز 5.8 في المئة (5) وهي من اقل النسب في آسيا و إفريقيا والمحيط الهادئ. تعكس هذه الظاهرة حقيقة أهمّ وهي مصادرة كل حقوقها السياسية الأخرى شأنها في هذا شأن الرجل.هي لا تتمتع أكثر منه بحق الرأي وحق التنظّم السياسي وحق الانتخاب الحر النزيه ، مع كل ما يعنيه الأمر من غياب عن كل مواقع القرار أو قدرة التأثير عليه لتحسين أوضاع المرأة في مختلف المجالات ومنها المجال الصحّي.

معنى هذا أن صحة المرأة مرتبطة أيضا وربما خصوصا بسيادة النظام الديمقراطي وفي تونس تعتبر شريحة من النساء سلطة استبدادية مكروهة حامية حقوقها الاجتماعية. ومن تبعات مثل هذا "التحالف" تغذية ردود فعل مضادة للمرأة داخل مجتمع يخلط بين الاستبداد وسياسة تفويض وتوريط قضية النساء العادلة. وقد انتبهت ثلة من النساء للخطر فأسسن الجمعية التونسية للنساء الديمقراطيات التي ترفض بنفس القوة التفويض من قبل السلطة وتهديد حقوقها المكتسبة من قبل القوى الرجعية إسلامية أو غير إسلامية.

عامل العادات والتقاليد

إن أخطار العادات والتقاليد الموروثة أو المكتسبة لا تقل أهمية عن أخطار الفقر والاستبداد السياسي وفي بعض الحالات ثمة ارتباط بين كل هذه العوامل وثمة حالات تستقلّ فيها واحسن مثال على ذلك ظاهرة الختان التي تشكّل تعدياً صارخاً على حرمة النفس والجسد والتي لا تتواصل لليوم إلا بفضل رسوخ المعتقدات البالية واستعصائها على التغيير السريع.

البدانة ومضاعفاتها

تعرف المنطقة العربية تحوّلا جذريا منذ قرن بانتقالها من طور المجتمع الزراعي ومركز ثقله القرية إلى طور المجتمع الصناعي ومركز ثقله المدينة. وهذا

الانتقال يصاحبه في كل مكان تراجع نسبة الأمراض الجرثومية والفيروسية والطفيلية وتزايد نسبة الأمراض المزمنة مثل السرطانات وارتفاع الضغط السكري وهذين العاملين من أهم أسباب المراضة والموت المبكّر بأمراض الشرايين التي تؤدي إلى االذبحة الصدرية أو بالشلل النصفي.

إن انتشار سكّري الكهولة في العالم العربي مثير للقلق فهو يقدّر بالنسبة للجنسين ب 11% في البحرين و15,7% في الكويت و15% في قطر و11,6 في عمان وهذه أرقام جدّ مرتفعة بالنسبة للمعدّل العالمي وهي أقل من 5%. ومن المعروف أن أهم عامل خطورة في ظهور سكري الكهولة هو البدانة التي تعتبرها المنظمة العالمية للصحة وباء العصر مع الإيدز حيث يعاني بثلاثمائة مليون نسمة من ارتفاع الوزن.

ولو نظرنا الآن لانتشار نسبة البدانة في العالم العربي لاتضحت خطورة الظاهرة حيث هي عند النساء 83% في البحرين و75% في لبنان و74% في الإمارات و60% في مصر و51% في تونس والمغرب (7) وتدلّ أرقام وزارة الصحة الفلسطينية لسنة 2003 أن سكري الكهولة في فلسطين 11,2% وارتفاع الضغط 13,4%. (للجنسين) لا غرابة أن تكون أمراض شرايين القلب على رأس قائمة أسباب الوفاة عند المرأة (19,2%) تليها أمراض شرايين الدماغ (13.2%) في حين أن أوّل سبب للوفاة عند الرجل الفلسطيني هو أيضا أمرض شرايين القلب (20,7%) لكن السبب الثاني هو الحوادث (14.2%) معنى هذا أن هناك مخزون هائل من الأمراض الشريانية وأمراض المفاصل والدوالي تهدّد مستقبل صحة المرأة وأن جهاز تقديم الخدمات الصحية قد يعرف من الآن احتقانا أخطر من الذي كان يعرفه نظرا للارتفاع في نسبة الإصابات القلبية والدماغية وكلها أمراض بالغة التكلفة صحيا واجتماعيا واقتصاديا.

إن تحديد أسباب الظاهرة أولى شروط التدخّل الوقائي الناجع والمتهّم الأوّل هو العادات والتقاليد التي تربط الصحة بالبدانة. ففي تونس لا تفرّق اللهجة

العامية بين هذه وتلك، وفي أغلب البلدان العربية تربط البدانة بالجمال والإغراء الجنسي. وفي المغرب لا تكون المرأة جميلة إلا إذا كانت "طويلة وغليظة (بدينة) وبيضاء. ومن ثمة يتميّز هذا البلد بظاهرة انتشار عادة تناول الأدوية المقوية للشهية وحتى أدوية "الكورتيزون" التي تساعد على رفع الوزن بصفة غير طبيعية. وفي موريتانيا لا زالت تمارس لليوم عادة تسمين البنات بصفة مشطّة وذلك حال دخولهن سنّ المراهقة لأن البنت النحيفة غير مطلوبة في سوق الزواج.

لكنه لا يجب أن يغيب عنّا أن البدانة تكتسح مجتمعات لها رؤيتها المختلفة للصحة وللجمال مما يدلّ على أن هناك قوى أخرى غير تقاليدنا العربية الإسلامية المسئولة عن الوباء الجديد. هذه القوى هي من جهة تحوّل المجتمع نحو الحياة الحضرية وتناقص ضرورة الجهد الجسدي ومن جهة أخرى سياسة كبرى شركات الغذاء والمشروبات العالمية التي تروّج في العالم أجمع بفضل سياسة إشهارية خبيثة موادّ بالغة الغنى في السكر والدهنيات والأملاح أي المواد التي ستمكن مع تواجد الاستعدادات الثقافية لالتهاب مشاكل صحية بالغة الخطورة خاصة عند الأطفال والنساء.

ختان الإناث

هذه العادة موجودة في 15 دولة أفريقية من 28 دولة ومن بين الدول العربية المعنية بالظاهرة مصر والسودان وموريتانيا وتوجد الظاهرة أيضا في اليمن وحسب الإحصائيات فإن النسبة المئوية لانتشار الختان المعروفة كالتالي:

انتشار الختان بين النساء 15- 49 سنة (2000)

البد	النسبة المئوية
مصر	97
السودان	89 - 1990
اليمن	23 - 1997

ومن الناحية الطبية فإنه من المعروف أن للعملية مضاعفات عدّة قد تسبب أحيانا في الوفاة نتيجة النزيف الدموي وتحدث ألمًا شديدًا أثناء إجراء العملية قد يؤدي إلى صدمة عصبية، وهناك المضاعفات المؤجلة مثل التهاب الجرح نتيجة غياب التعقيم أو التسمم الدموي والتيتانوس القاتل أوالالتهاب الكبدي الوبائي أو مرض نقص المناعة. وهذه الإصابات قد تؤدي بدورها إلى اضطراب خطير في الجهاز البولي أو إلى ضعف الخصوبة والعقم في بعض الأحيان مع مصاعب في الولادة إذا تشوّه الجرح كثيرا. كما أن غياب شعور اللذة أو الآلام الموضعية قد تؤدي إلى فشل الحياة الجنسية الطبيعية.

وبخصوص المشاكل النفسية فبالرغم من تقديم العملية أحسن تقديم للفتاة فإن آثارها النفسية لا يمكن إلا أن تكون سلبية متسببة في مشاعر الدونية الجنسية. الغريب في الأمر تواصل العمل بعادة لا تكون دون نوع أو آخر من "تواطؤ" نسائي. وفي دراسة سبر الآراء سنة 2000 تبيّن أن 80% من النساء اللواتي لهن بنات اعترفن أن الختان تم أو أنه سيقع وفي هذا تحسن طفيف بالنسبة لاستطلاعات الرأي سنة 1995 حيث كانت يومها 87% من النساء تعتزمن ختن بناتهن. وقد أثبتت الدراسات في مصر أن من بين العوامل المسهلة لانتشار الختان الفقر وضعف المستوى التعليمي والسكن في الريف وخاصة المعتقدات الشخصية ففي هذه الدراسة تعتقد ثماني من عشرة نساء في الريف ان الرجل يفضل زوجة مختونة بينما النسبة في المدن لا تتجاوز أربعة نساء من عشرة... يتضح الطابع الثقافي للقضية عندما نراه موجودا عند الأقباط مثلما هو موجود عند المسلمين ولو بنسبة أقلّ.

الإصابة بفيروس "اتش. آي. في" ونقص المناعة المكتسب

يقدّر عدد المصابين بالفيروس بأكثر من نصف مليون شخص من الجنسين. وخلال العام الماضي تم التبليغ عن 90 ألف حالة جديدة بين الرجال والنساء في

المنطقة لكن لا أحد يقدّر حجم الانتشار الحقيقي في غياب سياسة متكاملة مبنية على الوقاية والعلاج.

وهذا الرقم مؤهل للارتفاع خاصة بين النساء. فنسبة النساء المصابات تتراوح اليوم بين 50% و60% من المجموع في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء ذلك لأن العدوى عند المرأة أسهل منها عند الرجل لا فقط لأسباب بيولوجية أو اقتصادية مثل الاضطرار للدعارة ولكن خاصة لأسباب ثقافية. فالمرأة غير قادرة في إطار العلاقة العاطفية والاجتماعية التي تربط بين الجنسين على فرض سبل الوقاية، هذا عندما تتوفر المعرفة بالأخطار الناجمة عن الممارسة الجنسية غير المحمية. يضاف لهذا أقسى أنواع المعاناة النفسية المضافة إلى عبء المرض وعبء العلاج إذا توفّر ناهيك عن المشاعر العدائية ضد المصابين وتمييزهم عن بقية المرضى خاصة إذ كنّ نساء. وهذا ميدان بالغ الحساسية والخطورة حيث لا مجال لكسر انتشار المرض إلا بتغيير المواقف والتصرفات عبر تربية صحية مبكرة وتشمل الجنسين على حد السواء علما وأن ارتفاع مستوى المرأة الاقتصادي والتعليمي والسياسي وحده الكفيل بفرض استعمال العازل الرجالي حيث تظهر كل الدراسات أن الرجال لا يميلون كثيرا لاستعمال الوقاية حتى وإن توفرت المعرفة والأداة.

العنف المسلّط على النساء

إنها للأسف ظاهرة عالمية حيث تقول منظمة العفو الدولي في آخر تقاريرها في الموضوع نوفمبر/2004 أن 120 مليون من النساء يتعرضن سنويا لعمليات ختان قاسية. وفي الولايات المتحدة تواجه 700 ألف امرأة سنويا عمليات اغتصاب وتمثل عمليات قتل النساء على أيدي أزواجهن 50٪ من إجمالي عمليات القتل في بنجلاديش كما تتعرض كل خمس نساء لشكل من أشكال الاعتداء الجنسي أو الضرب في فترة ما من حياتها حسب بيانات البنك الدولي. ورغم أنه لا تتوفر إحصائيات دقيقة فإنه من المرجّح أن تكون المرأة العربية من أكثر النساء تعرضاً

في العالم للعنف الجسدي حيث لا تتوفر على حماية قانونية كافية ولا يحميها المجتمع إلا نادراً مما يسلط عليها من تعنيف يعتبر أحيانا داخلا في مشمولات الزوج بل وشبيها بالعنف الذي يمارس على الطفل ويعتبر هو الآخر طبيعيا وليس عليه غبار. ونريد في هذه الورقة التركيز على العنف ضدّ الخادمات خاصة إذا كنّ أجنبيات. هذه الظاهرة ليست فقط وصمة عار في جبين المجتمعات التي تسكت عليها ولكنها دليل أيضا على خلل عميق في القيم داخلها، ففاقد الشيء لا يعطيه والمسلوب الكرامة غير قادر على تمكين الآخر من كرامته وهو ما يعني أن إرجاع الكرامة للخادمات قد لا يكون جزءا منفصلا عن ردّ الكرامة لكل المواطنين الذين يتشفى بعضهم من الضيم الذي يلحقه بتعنيف من هو أضعف منه.

تعيش في بلدان الخليج قرابة250.000 خادمة آسيوية. ثمة جملة من الأدلة التي توردها الصحف وأحيانا منظمات حقوق الإنسان المحلية، مثل المنظمة البحرينية، التي تشير لوجود حالات متكررة من التعذيب والاستغلال الجنسي والاقتصادي وكل أنواع المعاملات القاسية والحاطة بالكرامة الإنسانية. لقد لقد أصبحت ظاهرة انتهاك حقوق الخادمات القادمات من تايلندا وسريلانكا وغيرها من البلدان الآسيوية والافريقية تستعصي على الاخفاء بل بدأت تتخذ بعدا سياسيا يتبين في تداولها بين الدول. والأخطر من هذا أنها، علاوة على تأثيرها على صحة نساء يعشن بيننا، تعكس أزمة قيم داخل المجتمعات العربية التي تتعامل مع المرأة الأجنبية كما لو كانت كائناً بشرياً دونياً تضافرت عنده كل مكونات الدونية أي صفة الأنثى وصفة الفقير وصفة الأجنبي.

روت الخادمة كوسوما قصة حياتها في السعودية قائلة: "عندما سألت سيدة البيت الذي أعمل به دفع أجري بعد ثلاثة اشهر من الخدمة انهالت علي ضرباً ورفساً بقضيب حديدي وعصي خشبية". وأضافت: "كانت في بعض الأحيان تمسك بحديدة ساخنة تحرق بها جلدي أو تسخن سكيناً وتضعها على جسدي"،

ولا تزال كوسوما تبحث عن السبب وراء معاملة سيدتها لها بهذه الطريقة من دون سبب يستوجب عقابها. وتقول كوسوما إن مستخدميها ضاقوا بها ذرعاً وقالوا لها إنهم سيذهبون إلى مخفر الشرطة وإنها سيقبض عليها بدل ذلك وضعتها سيدتها على متن طائرة متوجهة إلى سريلانكا وهي تعلم أنها لن تتعرض أبداً لمساءلة القضاء بتهمة التعذيب.

وطمأنت وزيرة العمل السريلانكية ماهيندا ساماراسينغ الخادمات إلى أن الحكومة "ستثير هذه القضايا مع السلطات المعنية وأن تلك السلطات ردت بشكل ايجابي عموماً ، وتوصلت دراسة أعدتها جامعة كولومبو في سيريلانكا ، التي تعد من اكثر دول العالم تصديراً للخادمات، إلى أن 25٪ من الخادمات السريلانكيات واجهن مشاكل من قبيل الاعتداء عليهن أو عدم دفع أجورهن خلال وجودهن في الخارج، وتقول وزارة العمل السيريلانكية إن متوسط عدد الخادمات العائدات من الخارج بسبب تعرضهن للإيذاء يبلغ 50 خادمة يومياً يرجعن وهن في حالة من المعاناة والانهيار .

وعلى سبيل المثال تبحث وزارة العمل في سيريلانكا قائمة طويلة من الشكاوي التي تقدمت بها خادمات سيريلانكيات عن تعرضهن للتعذيب اثناء عملهن في دول الخليج العربي، وقد أحدثت هيئة العمل في الدول الأجنبية مكتباً في مطار كولومبو لمساعدة الخادمات العائدات على مواجهة مشاكلهن، وتقول الهيئة إن متوسط عدد العائدات بلغ 50 خادمة يومياً وهن في حالة من المعاناة والانهيار، وتقيم السلطات في لبنان نظام قائمة سوداء بأسماء أصحاب العمل الذين يعتدون على خادماتهم، لكن ذلك الإجراء لم يشفع للخادمة سوما البالغة من العمر 41 سنة.

وتتذكر سوما عمليات الاغتصاب المتكررة التي تعرضت لها على يد ابن صاحبة العمل البالغ من العمر 18 عاما وتقول :عندما ذهبت إلى غرفة نومه أغلق الباب وجردني من لباسي وخلع لباسه، وعندما حاولت مقاومته هددني بالقتل،

وقالت سوما إنها استجدته بعدم الاعتداء عليها على أساس أنها أم لشاب في عمره وأضافت: "في يوم من الأيام حضر أربعة من أصدقائه إلى البيت. وعندما قدمت لهم الشاي في غرفته أغلقوا الباب وأجلسوني فوق حضنهم وبدؤوا يلمسون أجزاء من جسدي" وقالت والدموع تنهمر من عينيها: "اغتصبوني كلهم"، ويبدو أن والدته تعتقد أنها وظفت عاهرة لابنها وليس خادمة لتنظيف البيت وقالت: "رفعت شكواي إلى والدته لكنها أجابت ببساطة: "سأعطيك حبوبا لمنع الحمل ثم انهالت علي ضربا".

وفي النهاية تمكنت سوما من الفرار من الشقة، وراحت تمشي أربع ساعات إلى أن التقت صدفة زوجان سريلانكيان استضافاها في بيتهما وأطعماها ورافقاها إلى السفارة. ورغم إبلاغ السفارة والشرطة بالاعتداءات الجنسية عليها، تم وضع سوما على متن طائرة إلى سريلانكا، ولم يتعرض مغتصبوها لأي مساءلة إطلاقا. ويطالب نشطاء حماية حقوق العمال في سيريلانكا حكومتها بوضع قائمة سوداء تدرج عليها أسماء أصحاب العمل الذين يتصرفون مع الخادمات بصورة مشينة، خاصة في السعودية التي يعمل بها عدد كبير من السيريلانكيات. لكن المشكلة ان تفشي البطالة والفقر في سيرلانكا يجعل العمل في الخارج هو المخرج الوحيد للكثيرات، بالرغم من كل ما فيه من إيذاء واضطهاد.

الحالة النفسية

إذا اعتبرنا تعريفنا للصحة بأنها حالة من استقلال الجسم عن كل خدمة طبية وحالة معقولة من الرضا النفسي فإن كل الإحصائيات حول المراضة ومعدل أمل الحياة لا تعكس إلا صورة مشوهة وناقصة لصحة الإنسان بصفة عامة والمرأة بصفة خاصة. فللأسف ليس لنا دراسات معمقة تعكس مدى رضا النساء في العالم العربي عن وضعهن وخاصة عن مدى الرضا المتعلق بالحياة الاجتماعية والعاطفية والجنسية. لكن هناك عدد كبير من الدراسات النفسية والاجتماعية

المتفرّقة التي تتفق على وجود حالة من التأزّم النفسي الكبير له أكثر من سبب (11).

ثمة بالطبع العوامل الشخصية التي ترتبط بسيرة كل امرأة وقدرتها على معالجة مصاعب الحياة وتقلباتها وتعقيد وصعوبة إرساء علاقات سليمة مع الرجل ومع العائلة والمجتمع ككل. وهذه الصعوبات ليست وقفا على المرأة العربية وإنما هي مشكلة كل امرأة. لكن ما تتميز به نساؤنا عن نساء البلدان المتقدمة خطورة وضعيتها الاقتصادية مثل الفقر أو التبعية للرجل وقلة فرص الاستقلال المادي. هناك خاصة العوامل الاجتماعية أي ثقل التقاليد التي تظلم المرأة ظلما شديدا في كل ما يتعلق بالأحوال الشخصية وتضعها في موضع بالغ الهشاشة والضعف آتعلّق الأمر بحق اختيار الشريك والمساواة في المسئولية عند عقد الزواج وفسخه، ناهيك عن تهديد الزواج بثانية.

كما توجد جملة من التقاليد والعادات التي لا زالت تحدّ من حرية المرأة وتحطّ من كرامتها خاصة في أكثر المجتمعات العربية محافظة. وتعطينا التضييقات الشديدة على المرأة الخليجية التي تخلّصت من لعنة الفقر فكرة عن قوة هذا العائق الثقافي حيث نقرأ لموفق مجد الشرع ما يلي "تعاني الشابات اللواتي تنتظرن الزواج من الصورة النمطية حيث يعتبر الأهل البنت مثل الزجاجة إذا انكسرت فلن تبرأ" ولهذا ترزح الفتاة تحت ضغط نفسي شديد وتحاول الترفيه عن ذاتها والتنفيس بشتى السبل المتاحة لها مثل الزيارات والتنزه والذهاب مع صاحباتها إلى مراكز التسويق الكبرى واصبحت هذه المراكز تزدحم مساء بأسراب من الشابات وأيضا مجموعات من الشبان بهدف التسلية واحتمالات التعارف. وقد ذكرت مجلة الأسرة العصرية إن هناك ظاهرة تتصف بالقلق والتوتر والكبت والتشنج لكن التسوق في الليل ما هو إلا نافذة تساعد على حل المشكلة أو التقليل من أثرها فهي تنفس عن التوتر والقلق الذي تعيشه الشابات.

وقد لخصت الباحثة الدكتورة فيوليت داغر الوضع كالتالي "ومشكلة المرأة تكمن في أنها تسعى لإثبات وجودها وإيجاد مكانها تحت الشمس غير أنها مثخنة بالجراح . هي تريد أن تقنع نفسها والآخرين من حولها بقيمتها وتحاول من خلال مراحل حياتها أن تتخلص من الإرث المضني الذي يلازمها فإما أن تبقى ملازمة لسجنها وإما أن تنجح في الانطلاق بعيدا عنه نحو عالم تساهم في صوغه بشكل خلاق"، إن لب المعاناة النفسية التي تتخذ شتى المظاهر هي انعدام أو قلة الاعتبار والحال أن هذا الأخير من أهم عوامل التمتع بالصحة النفسية وحتى الجسدية. لقد أظهرت الدراسات الوبائية للباحث البريطاني أيفانس أن الاعتبار الذي يحظى به الشخص المرتبط بوجوده في السلم الاجتماعي هو من أكبر العوامل تأثيرا على إصابته بأمراض القلب والشرايين وليس فقط على بقية الآلام النفسية.

معنى هذا أن تمتع المرأة في الوطن العربي بالصحة بأوسع معانيها يمرّ بردّ الاعتبار لها عبر تغير جذري في نظرة المجتمع لها ونظرتها لنفسها ونظرة الرجل إليها. إن هذا ما فهمته المعنيات بالأمر حيث نقرأ في البيان الختامي لمنتدى المرأة العربية بالكويت في أفريل 2002 الذي حضرته ممثلات عن عشرين دولة عربية خلاصة القول "حان وقت المساواة وإزالة الفجوات بيننا وبينكم وعليكم أن تغيروا نظرتكم إلينا" لكن لا يجب ان يغيب عن أذهاننا لحظة أن التأزم النفسي للنساء ليس سوى وجه عملة وجهها الآخر التأزّم النفسي عند الرجل.

والفوارق بين الجنسين سطحية لأن سبب المعاناة واحد فالرجل يعاني هو الآخر من الألم النفسي ولنفس الأسباب: الفقر، الجهل وباقي العوامل التي تتسبب في الحاصل النهائي أي نقص أو غياب الاعتبار. ولو تأملنا بعمق في طبيعة هذا النقص لوجدنا أنه وثيق الارتباط بالقهر السياسي والحيف الطبقي. ومن ثمة الخطأ الكبير الذي ترتكبه بعض الحركات النسوية المتشدّدة التي لا تفهم أنه

ما دام هناك رجل ينتهك حقوق رجل آخر فلا نهاية لانتهاك هذا الرجل المنتهكة حقوقه لحقوق من هم أضعف منه ولو كانوا زوجة وأطفالا.

إن تحرّر المرأة لا يمرّ إلا بتحرّر الرجل اقتصادياً وسياسياً وثقافياً أي بتحرّر الجميع وليس كما يتصور البعض بتصور تحرّر المرأة كعملية شبيهة بتحرّر المستعمرات من المستعمِر أي على حسابه، ففي قضية الحال لا يمكن ترحيل "المستعِمر" بخفض الميم وليس للمستعمَر (بنصب الميم) من خيار للحصول على حريته من تحرير "عدوه" من نفسه.

تعيدنا هذه البديهية التي نتناساها لارتباط الصحة النفسية عند الجنسين وارتباط هذه الصحة المشتركة بثورة اجتماعية تكفل ظروف العيش الكريم وثورة سياسية تعمم الحقوق والحريات وثورة ثقافية مبنية على تغيير الأنماط الموروثة تقطع مع الصورة القديمة وتجهر بأن النساء "**كاملات عقل ودين**" أو على الأقل أن كمال العقل والدين قضية شخصية لا ترتبط آليا بالانتماء لعرق أو جنس أو طبقة.

الخدمات في ميدان الصحة الإنجابية

إن الجهاز الصحي محدود الفعالية في التأثير على إنماء الصحة ولكن جزءا هاماً من وقايتها مركون إليه وليس بوسع جهاز غيره التدخل عندما يتعلّق الأمر بردها في حالة المرض. ولا يمكن لورقة مختصرة كهذه أن تقيم فعالية أجهزة صحية متباينة التطور وتتعامل بكفاءة متباينة حسب المشاكل المعقدة التي تواجهها، لكننا سنأخذ الصحة الإنجابية للمرأة كمؤشر يعطينا فكرة عن مدى استجابة الأجهزة الصحية العربية لمطالب المجتمع في هذا الميدان.

إن الإحصائيات الواردة أدناه (14) تظهر المعطيات التالية:

- يزداد عدد السكان حاليا (307 مليون سنة 2003) بمعدل 2.4 في المئة سنويا مما سيؤدي إلى مضاعفة عدد العرب في أقل من ثلاثين سنة.

ورغم توقع انخفاض معدل النمو الى 2.1 في المئة قياسا الى فترة 2000- 2015، فانه سيبقى أعلى من نسبته في شرق آسيا والمحيط الهادئ وأميركا اللاتينية والكاريبي، وجنوب آسيا، بالأساس نتيجة ارتفاع معدل الخصوبة عند المرأة العربية. فهذا المؤشر يقدّر بـ3.81 ولادات للمرأة في الفترة 2000- 2005، (بعدما كان يبلغ 4.13 ولادات في فترة 1995- 2000) والحال أنه يصل في بقية البلدان النامية إلى 2.9 ولادات للمرأة.

- أن بقاء معدّل الخصوبة مرتفعاً ليس هو مؤشر الخطورة في حدّ ذاته بقدر ما هو في كون الارتفاع موجودا في أفقر البلدان العربية مثل اليمن أي تلك التي لا تمتلك جهازاً صحياً يستطيع مواكبة ما يتطلبه الوضع.
- أن نسبة وفيات الأمهات عند الولاة تتبع نفس الخطّ تقريبا الذي رأيناه في ظاهرة معدّل أمل الحياة. فهي 1100، وفاة على كلّ مائة ألف ولادة في أفقر البلدان العربية (الصومال) بينما تصل 7 في قطر وفي مصر هي 84. أما المعدل القومي فهو 270 وهذا رقم مأساوي يجعل العالم العربي يأتي مباشرة أمام بلدان جنوب الصحراء وبعيدا جدّا عن أرقام باقي مناطق العالم الأخرى (10 في اليابان).
- أن نسبة الولادات المراقبة صحيا تتجاوز الثمانين في المائة في أغلب البلدان العربية، مما يدلّ على تحسّن التغطية الصحية، لكنها زالت جد ضعيفة في نفس البلدان البالغة الفقر مثل الصومال وموريتانيا واليمن.
- أن نسبة التغطية في وسائل منع الحمل لا تفوت النصف في بلدين هما مصر وتونس لكنها ما زالت ضعيفة للغاية في البلدان الفقيرة (7% في السودان) ولا تصل للمستوى المطلوب في البلدان الخليجية الغنية لأسباب

ثقافية ففي قطر نسبة المستعملات هي نسبتها في السودان وفي السعودية تصل إلى 29% فقط .

– أما مراقبة الحمل الفاعلة التي تتطلب أربع عيادات فهي جدّ متباينة حسب البلدان وليس هناك نفس الرابط القوي بين الثروة والظاهرة التي رأيناها سابقا حيث نسبة المراقبة أعلى في لبنان منها في قطر.

مؤشرات الصحة الإنجابية في أقطار جنوب الصحراء

نسبة وفيات الأمهات/على مائة ألف ولادة 2000 -	نسبة الولادات المراقبة صحياً	نسبة متابعة الحمل أربعة فحوص	نسبة استعمال وسائل منع الحمل %	القطر
1100	32	34	؟	الصومال
590	87	75	7	السودان
730	61	؟	؟	جيبوتي

مؤشرات الصحة الإنجابية في منطقة المغرب العربي

نسبة وفيات الأمهات على مائة ألف ولادة 2000	نسبة الولادات المراقبة صحياً	نسبة متابعة الحمل أربعة فحوص	نسبة استعمال وسائل منع الحمل %	القطر
1000	16			موريتانيا
220	(95)40	8	42	المغرب
140	92	؟	50	الجزائر
120	90	79	51	تونس
97	94	81	26	ليبيا

مؤشرات الصحة الإنجابية في منطقة المشرق العربي

نسبة وفيات الأمهات على مائة ألف ولادة **2000**	نسبة الولادات المراقبة صحياً	نسبة متابعة الحمل أربعة فحوص	نسبة استعمال وسائل منع الحمل %	القطر
250	72	78	10	العراق
160	76	51	28	سوريا
150	88	87	37	لبنان
84	69	41	54	مصر
41	100	91	39	الأردن

مؤشرات الصحة الإنجابية في منطقة الخليج العربي

نسبة وفيات الأمهات على مائة ألف ولادة **2000**	نسبة الولادات المراقبة صحياً	نسبة متابعة الحمل أربعة فحوص	نسبة استعمال وسائل منع الحمل %	القطر
570	22	11	10	اليمن
87	95	71	18	عمان
54	99	94	24	الأمارات
33	98	61	31	البحرين
23	91	73	29	السعودية
12	98	81	41	الكويت
7	99	58	7	قطر

ملاحظات

- إن معدل وفيات الأمهات هو سبعة على مائة ألف والحال أنه عشرة على مائة ألف في اليابان. صحيح أن المقارنة لا تجوز للفارق الهائل بين حجم الشعبين، لكن الرقم القطري يظهر من جديد أن القضية متعلقة أساسا بالمستوى المعيشي والتعليمي للشعب من جهة ومن جهة أخرى لحالة الجهاز الصحي.
- إن هذا المعدّل في البلدان العربية جنوب الصحراء هو من أعلى المعدلات في العالم ويشكل عارا على الأمة ولا بدّ من جهد خاص ومكثف لكسر هذه الأرقام.
- رغم كل العوائق مثل الحرب في فلسطين والعراق فهناك توجّه عام نحو تحسين ظروف الحمل والولادة وثمة بلدان قليلة الإمكانيات تقدمت بخطى جبارة مثل مصر والأردن.
- التغطية بموانع الحمل ما زالت ضعيفة للغاية في بلدان الخليج نظرا لثقل عامل التقاليد.

أي ستراتجيات لتحسين الوضع؟

إن وضع مثل هذه الستراتجيات يتطلّب التعامل مع المشكل على ثلاثة مستويات مختلفة للصحة لا يجب الخلط بينها و إلا اختلطت السبل والسياسات والمسئوليات. هذه المستويات هي الإنماء (Health promotion) والحماية (Health protection) والردّ (Health services) وحسب كل مستوى يجب التفريق بين الجمهرة التي نتوجه إليه (Population) والعامل المحدّد للنجاح والأداة الرئيسية لنجاح المهمة وأخيرا المسئولين. وفي هذا الإطارلا بدّ لنا من نموذج نظري نستقي منه فهمنا للإشكالية حتى تتضح لنا مستويات التدخّل وطبيعته. لقد رأينا ارتباط أمل الحياة بمستوى المعيشة المادية وأن هذا العامل على أهميته لا تكفي لتفسير الفرق بين الشعوب العربية الغنية مثل شعوب الخليج وبين الشعب الياباني. ثمة إذن عوامل اجتماعية أخرى تلعب دورا. ولو وضعنا قائمة بكل عوامل الصحة المعروفة وذات التأثير الثابت والموثق في أدبيات الطب الاجتماعي لاكتشفنا أنها لا تتوقف

عند الغذاء والماء الصالح للشراب والهواء النقي والعمل والأمان والتعليم والسكن اللائق وأن فيها أيضا الكرامة والحرية والمساواة والمسؤولية والاعتبار.

معنى هذا أن العوامل الكبرى التي تتحكم في إنماء صحة الشعوب لا تختلف أصلا عن العوامل التي تتحكم في سائر مظاهرها تقدمها الأخرى وهي العوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تشكل أغلب... موادّ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. صحيح أن المشرّع العالمي أفرغ بندا خاصا لحق الصحة، لكن ترابط الحقوق يجعل كل حق في آن واحد السبب والنتيجة. فالصحة نتيجة ممارسة كل الحقوق وهي شرط من شروط ممارسة أغلبها. والقاعدة أنه بقدر ما يقل في مستوى الشعب التمتع بحقوق الإنسان بقدر ما ترتفع نسبة الجماعات المعرضة للإصابة بالأمراض بقدر ما تزداد الحاجة للوقاية كحلّ سريع وغير مكلف لمواجهة النقص أو الخلل في المستوى الأعلى. وبقدر ما يزداد الخلل والنقص في هذا المستوى بقدر ما يكثر عدد المرضى ويشتدّ الضغط على الجهاز المكلف بتقديم الخدمات العلاجية. إن هذه الحقائق هي التي تسمح باعتماد هذا النموذج النظري لتدخل متعدد المستويات.

المسؤولية	الأداة	العامل المحدّد للنجاح	الجمهرة المعنية	مستوى التدخل
السلطة السياسية الاقتصادية الدينية	التنمية الشاملة	حقوق الإنسان ومنها الديمقراطية	الشعب ↓	إنماء الصحة
الطواقم الطبية الاجتماعية	مؤسسات الدولة والمجتمع ذات الصلة	برامج الوقاية	المجموعات المعرضة للأخطار بحكم الفقر والجهل والحوادث ↓	حماية الصحة
الأطباء وباقي أهل الاختصاص الفني	الجهاز الصحي	العلم والتكنولوجيا	المرضى	ردّ الصحة

ميدان الردّ:

إن ردّ الصحة عند فشل سبل الوقاية أو انعدامها موكول للجهاز الصحي وقدرته على مواجهة طلبات متزايدة التعقيد وخاصة التكلفة في بلدان أغلبها قليلة الموارد والإنتاج. ومن المتوقع أن تتزايد هذه التكاليف بصفة تصاعدية نظرا لعوامل هيكلية منها ارتفاع أمل الحياة ومن ثمة ارتفاع عدد المسنين وتغير طبيعة سلم المراضة وأسباب الوفيات فالأمراض الشريانية تليها السرطانات هي من الآن على رأس أسباب الموت في كثير من بلداننا. ولو تأملنا الآن مثلا في توزيع هذه السرطانات عند المرأة في بلد كالسعودية لوجدنا ما يلي :

الثدي	%19,8
الغدة الدرقية	% 9.5
اللوكيميا	%6,3
سرطان غير هودجكيني	% 6,1
المبيض	%4,1
الجهاز العصبي	%3,7
الكبد	%3,7
عنق الرحم	% 3,6
القولون	%8,2
الجلد	% 2,6

إن أغلب هذه السرطانات قابلة للعلاج لكنه علاج تقني يتطلب تكنولوجيا مكلفة وإطارات عالية الكفاءة. إذا أضفنا لهذا ارتفاع عدد المسنات المتوقع فإن الضغط على ميزانية المستشفيات سيكون غير قابل للتحمل في ظل الطرق الحالية للتمويل.

إنه من الضروري أن تتكفل وزارات الصحة العربية ببرنامج وطني للوقاية من الأمراض الشريانية عبر سياسة محاربة السمنة والتدخين وتشجيع الرياضة. لكن من الواجب أيضا أن يكون لكل بلد عربي برنامجاً وطنياً لتقصي سرطان الثدي وعنق الرحم. إلا أنه لا يجب أن يغيب عن الأذهان أن للوقاية ثمن هي الأخرى وأنه لا يكفي أن نطلق المعلومات حول جس سرطان الثدي أو أعراض سرطان عنق الرحم دون أن يكون لنا جهاز مستعدّ للكشف الراديوغرافي في مجال سرطان الثدي أو المخابر في حالة سرطان عنق الرحم ناهيك عن تواجد الطواقم الجراحية وخاصة إمكانية تقديم الخدمات المطلوبة لصاحبات الدخل الضعيف وهن الأغلبية. وفي نفس السياق يجب التذكّر أن نسبة وفيات الأمهات لا تنخفض بالاعتماد فقط على الرعاية أثناء الحمل أو بتدريب القابلات وإنما يجب أن تكون هناك خدمات عالية من الناحية التقنية حالة حدوث المضاعفات مثل التوليد الجراحي ونقل الدم الآمن والعقاقير والمعدات. كما إن قدرة الجهاز الصحي في البلدان العربية بصفة عامة على مواجهة التغييرات الهيكلية مشكوك فيها لسببين رئيسيين.

السبب الأوّل هو أن الجهاز الصحي صورة طبق الأصل لبقية الأجهزة الأخرى مثل التعليم والعدالة وعلى رأسها الجهاز- النموذج أي الجهاز السياسي. فقواعد كل هذه الأجهزة غير المكتوبة هي التواكل والفساد وتركيز القرار وغياب التقييم والمحاسبة وتهميش الكفاءات أو تحييدها لذلك تتسم كل هذه الأجهزة بقدر عال من اللافعالية وتبذير الطاقات نظرا لغياب الديمقراطية خارج وداخل الجهاز.

أما السبب الثاني فهو نتيجة الايدولوجيا الليبرالية السائدة التي تخلط بين النجاعة الوظيفية والنجاعة الاقتصادية. وفي إطار هذه الأيدولوجيا التي تجعل من الصحة سلعة مثل السلع الأخرى سيكون في حالة تواصل زحف الليبرالية وانتصارها حصول المرأة والطفل والرجل على الوقاية والعلاج حسب إمكانياتهم

المادية. معنى هذا أن المستشفيات ستكون درجات مثل النزل والمطاعم، ولكل نوع رواده وزبائنه. وفي هذه الحالة فإن المرأة الغنية مثل الرجل الغني ستحصل على أجود الخدمات، أما النساء الفقيرات والرجال الفقراء فنصيبهم علاج من درجة دنيا هذا إذا توفّر، ومن نافلة القول أنه لا يمكن تصوّر قيام الجهاز الصحي بدور فعال، على صعيد المجتمع ككل وليس فقط على صعيد النُخَب الدافعة إلا عبر نظام ديمقراطي حول وداخل الجهاز وسياسة تتصدى لمنطق الليبرالية في ميدان الصحة وتمويل كاف وتطوّر علمي وتقني تقوده كفاءات عديدة ومخلصة ولكنها مهمشة حاليا.

ميدان الحماية

لقد خطت كثير من الدول العربية خطوات هامة في ميدان حفظ صحة الأمّ إبان الحمل والولادة لكن الفوارق بين البلدان ما زالت كبيرة والمطلوب من البلدان المتوسطة والغنية بعيدا. وأيا كانت المسافة المقطوعة على الطريق الطويل فإن الاتجاه الصحيح يمرّ بالدعم السياسي المتواصل ورصد وتوفير الموارد المالية ودمج السياسة الصحية مع أنشطة التنمية الاجتماعية والاقتصادية الأخرى لتحقيق ثلاثة أهداف كبرى.

1. توفير المعلومات الصحيحة عن الوضع الحقيقي ومتابعة تطورها.
2. توسيع نطاق التغطية بموانع الحمل وتخفيض معدل الخصوبة مما سيودّي إلى تخفيض نسبة التعرض لخطورة الوفاة بسبب الحمل والولادة. هذا التوسيع يمرّ بالطبع بالتوعية والتثقيف ولكن أيضا بتسهيل الخدمات وإيصالها إلى الأرياف ولتونس في هذا الميدان تجربة ثرية يمكن أن تستفيد منها بقية البلدان العربية.
3. تأهيل الكوادر المدربة لا فقط عبر التأهيل التقني وإنما عبر الاعتبار والمشاركة في أخذ القرار وتنفيذه وتقييمه.

إن البرامج الوقائية المعتمدة حالياً في أغلب البلدان العربية تندرج في فلسفة المنظمة العالمية للصحة التي أدرجت في كل أجندة وزارات الصحة مبادئ إعلان ألما- أتا لسنة 1978 والتي تركّز بالأساس على الوقاية من الأمراض المعدية. لكن الوضعية تغيرت جذريا ونحن في بداية القرن الواحد والعشرين فالأخطار التي تتعرض لها المرأة اليوم – باستثناء الدول البالغة الفقر- تتعلّق بانتشار وباء البدانة والسكري وارتفاع الضغط. ومن ثمة فإن البرامج الوقائية العصرية يجب أن تتوجه بالأوّل لهذا الوباء. لكن تحليل مكونات ودوافعه تظهر آن هناك ثلاث عوامل رئيسية تتحكم فيه. الأول والأهمّ هو سياسة شركات الغذاء والمشروبات العالمية التي تعمم استعمال (ومن ثمة عالمية الوباء) مأكولات ومشروبات مفرطة الغنى في الدهنيات والملح والسكر وتعتمد سياسة إشهارية بالغة الخبث والقوة وتتوجه خاصة للجيل الصاعد وتمكنه بسياسة القرب والسعر من الحصول على غذاء يصح فيه القول العربي البليغ "السمّ في الدسم" أما العامل الثاني فهو التقاليد المغلوطة منها التي تقرن في العالم العربي الصحة والجمال والإغراء الجنسي بالسمنة، ومنها التي تستهجن ممارسة المرأة للرياضة، ثمة أخيرا عامل الحساسية الفردية الناجمة عن الوراثة والمصاعب النفسية وخيارات الشخص. لكن هذا العامل الأخير ضعيف بالمقارنة مع العاملين الأولين، لذلك نرى في كل البلدان العربية فشل البرامج التي تركّز على إرادة الفرد عبر التربية الصحية. فرغم كل المجهودات المبذولة في هذا الميدان نرى تزايد الظاهرة وتفشيها في أغلب البلدان الأوروبية حيث تبلغ اليوم نسبة البدانة قرابة العشرين في المائة عند الأطفال.

وإذا أردنا في العالم العربي كسر هذه الموجة التي ستوقف كل تطور صحي وتكلف أمراضها أموالا طائلة، فإن علينا التوجّه مباشرة لرأس الحيّة أي محاربة توسع سلطة شركات المشروبات الغازية والطعام المعلب الذي يباع في المغازات الكبرى والمستورد غالب الوقت عبر جملة من التدابير منها تحريم

الإشهار وفرض تخفيض هام في نسب السكر والملح والدهنيات والقيام بحملة مضادة للتعريف بأضرار هذا النوع من الأغذية في المدارس.

إن المعركة ضد البدانة لا تختلف اليوم في شيء عن المعركة ضدّ التدخين ففي الحالتين هناك ثمن باهظ لسياسة تجني ثمارها شركات عالمية لا يهمها أن تتاجر بالموت ولا حل في مستوى الأفراد وإنما الحلّ في التعامل السياسي مع الظاهرة عبر التشريع والمنع والتغريم والمحاكمة. وفي مستوى التقاليد لا خيار لنا غير تجنيد كل الإعلام والتعليم لكسر الصور المريضة المرضة فنحن اليوم بأمس الحاجة لثورة في هذا الميدان وإلا فلن نستطيع لا التغلب على وباء البدانة ولا أن نمنع جريمة الختان أو تفشّي الإيدز بين النساء. وفي هذه القضية بالذات لا يمكن تصوّر أي تقدّم دون حملة تربية واسعة النطاق في المدارس ووسائل الإعلام. لكن القول الفصل في آخر المطاف كما تثبت ذلك التجارب العالمية أنه طالما ليس للمرأة قدرة فرض الوقاية على الرجل فإن كل المعلومات ستضيع سدى. وهذا يعود بنا من جديد للقضية الأم وهو أن كل حلّ لكل قضية يمرّ بنقطة محورية هي تعزيز سلطة القرار وليس من قبيل الصدفة ألا يكون لنا مرادف بالعربية للمصطلح الإنجليزي Empowrement . إن كل تخطيط في محاربة هذه الآفات لا يأخذ بعين الاعتبار هذا العامل مؤهل لفشل ذريع.

ميدان الإنماء

يجب اعتبار تحرير المرأة من الحرب والخصاصة والفقر والجهل والعادات والتقاليد التي تحطّ من كرامتها هي السبل الأولى لتحقيق صحتها في البلدان المعرضة للحرب أوالفقيرة المعرضة بحكم العولمة لمزيد من فقر أولى ضحاياه النساء والأطفال. كذلك يجب اعتبار رفع قدر النساء سياسياً واجتماعياً وثقافياً في البلدان التي حققت الحدّ الأدنى المطلوب من التقدم الاقتصادي مطلباً لا غنى عنه لتحقيق الصحة. فما دام هناك تمييز ودونية وحطّ من كرامة الإنسان بالمؤنث فثمة بالضرورة تواصل جملة من الأمراض النفسية والجسدية مهما بنينا من

مستشفيات وكوننا من كوادر كفئة. وبالطبع فإننا أمام عملية بالغة العمق والتعقيد وتتطلب زمنا طويلاً. صحيح أننا نسير في اتجاه مزيد من التحرر لكن ظهور الحركات الإسلامية المتشدّدة قد يعيق هذا التوجه العام أو يوقفه مثل ما هو الحال في الخليج عند الحاجات المادية ضارباً بعرض الحائط الحاجات المعنوية **وكلها تمرّ بتجاوز تقاليد مريضة وممرضة.**

ولأن التقرير جزء من الحرب على كل المعوقات التي تكبل صحة وحرية نصف المجتمع، بل قل كل المجتمع، فإن عليه أن يطالب بـ:

- إطلاق يوم قومي ضدّ التمييز بجانب يوم 8 مارس تحت شعار **"نساءنا كاملات عقل ودين"**.
- وضع نساء العراق وفلسطين تحت الحماية الدولية لمنع اغتيال عدد غير محدّد من النساء العراقيات وما لا يقل عن أربعة آلاف امرأة فلسطينية السنة المقبلة إذا تواصل العنف بمعدله الحالي.
- وضع برنامج دولي وعربي لمحاربة الفقر المدقع في موريتانيا والسودان وجيبوتي واليمن مثلا عبر رفع الديون المستحقة واستعمالها في الإنماء الاقتصادي والاجتماعي حيث تبلغ وفيات الأمهات عند الولادة نسبا مخجلة (وكذلك نسب وفيات الأطفال) شريطة أن يتوجه مثل هذا البرنامج لتوفير فرص العمل وتحسين السكن وتمكين الناس من الماء الصالح للشراب لا للمستشفيات أو حتى البرامج الطبية الوقائية.
- اعتماد برامج وطنية لتأهيل النساء معرفياً عبر تكثيف محاربة الأمية واقتصادياً عبر القروض الميسرة لمشاريع صغيرة.
- مراجعة التشريعات توفّر حماية خاصة للنساء في ميدان العمل لسهولة تعرضهن للاستغلال والطرد وتعميم مبدأ المساواة في الأجر بين الجنسين لنفس الأعمال.

- تكثيف الجهود لتتحقق التمدرس الشامل في التعليم الابتدائي والثانوي للبنات.
- التركيز على كون الحريات الفردية والجماعية من مقومات الصحة الجماعية وإدانة كل ما يتعرّض لمارسة هذه الحقوق.
- بناء مركز عربي للمسئولية النسائية يوفّر للنساء تدريباً حول كيفية بناء وإدارة المنظمات الاجتماعية والأحزاب السياسية للدفاع عن حقوق الإنسان بصفة عامة والمرأة بصفة خاصة.

وخلاصة القول أنه لا يمكن فصل موضوع صحة المرأة لا عن الإنماء الاقتصادي ولا عن السلم ولا عن الحريات الفردية والعامة ولا عن تطور ثقافي يجعل في الصدارة قيم المساواة والكرامة. إنه من غير المجدي تصور الطب، سواء ركّز على العلاج أو على الوقاية، كحلّ لتطويق آثار الخلل الفادح في مستوى التوزيع العادل للثروة المادية وللحريات والمسؤولية والاعتبار.

ولقد أصبحت هذه الرؤيا المندمجة للموضوع من حسن الحظّ الغالبة في أعلى مستويات التعامل مع المشاكل الإنسانية ككل حيث صرّح مؤخرا كوفي أنان أن جميع التحديات "شاملة" و"مترابطة في ما بينها"، ودعا العالم إلى تضافر الجهود لمكافحة الفقر والأمراض والأمية وتعزيز دور المرأة والمدافعة عن حقوق الإنسان والبيئة وجميع العناصر التي تشملها الأهداف الإنمائية للألفية. يبقى أن يقتنع أصحاب القرار في البلدان العربية بهذا المنهج وأن توجد داخل المجتمع القوى الكافية لإجبارهم على الفهم والعمل إن لم يفهموا ولم يعملوا.

الطفولة من المنظور الإسلامي

أعطى العرب منذ القديم مكانة عزيزة للطفولة المبكرة ونالت في نفوسهم منزلة رفيعة فحظيت بنظرة فريدة في تربيتها والعناية بتنشئتها فكانت حقاً فلذات اكبادهم وزينة حياتهم ومنبع اعتزازهم وحديث مجالسهم وقد ادرك العرب قبل

الاسلام اهمية الطفولة واثرها البالغ في تكوين الشخصية القوية منذ انطلاقهم الاول في الجزيرة العربية.

وعندما جاء الاسلام نمّى هذه التربية ورعاها فأبرز ما صلح منها واضاف عليها وغذاها وجعل هدفها الدين والدنيا وكان القرآن الكريم اصل التعليم واساس التربية الاسلامية فقد حرص الاسلام على الجمع بين الدين والدنيا وعليه فقد كانت غاية التربية الاسلامية ان تهيئ الطفل لدنيا يعيش فيها بوصفه عضواً نافعاً بالمقدار الذي لا يفسد دينه ولا يصرفه عن آخرته، لقد دعا الاسلام الى الرفق بالطفل قبل قرون من الزمن. فقد كان الإسلام رفيقاً بالاطفال شغوفاً بهم. وكان رسول الله (ﷺ) يداعب الصغار ويلاحظهم ويدربهم على الصلاة. والاسلام لم يترك الطفل على سجيته، بل دعا الى ضرورة توجيهه وارشاده. فقد قدّر الاسلام الطفولة حق قدرها ورعاها رعاية لم يرعها أي نظام تربوي قديماً او حديثاً. فدعا الى محبة الاطفال والحدب عليهم والرحمة بهم.

واهم ملامح التربية الاسلامية هو تأكيد مبدأ تكافؤ الفرص والفروق الفردية بين التلاميذ والاهتمام بميول الاطفال واستعدادهم وقابليتهم. ولقد حمّل الاسلام الاباء والامهات مسؤولية كبرى في تربية الابناء واعدادهم الكامل لحمل اعباء الحياة، وتهددهم بالعذاب الاكبر اذا هم فرّطوا وقصّروا، قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا قُوا أَنفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا وَقُودُهَا النَّاسُ وَالْحِجَارَةُ﴾[1].

كما حثت سنة رسول الله (ﷺ) في كثير من المواضع على تحديد مسؤولية كل راع عن رعيته، وخاصة الرجل في بيته ومسؤوليته عن رعيته فالانسان إذن مسؤول مسؤولية تامة عما استرعاه الله. فيجب على المربي الاب والام ان يضع البرنامج المناسب في اعداد الولد وتكوينه وتوجيهه ورحم الله شوقي حين قال:

ليس اليتيم من انتهى ابواه من ... هم الحياة وخلفاه ذليلاً

---

(1) سورة التحريم، الاية (6).

ان اليتيم هو الذي تلقى لـه   أماً او أباً مشغولاً

اذا فتربية الطفل بالنسبة للاسلام لها اولوية مطلقة والتربية نموذج وقدوة بمعنى ان الطفل عبارة عن مرآة تعكس كل ما يحدث امامها، والذي يحيط بالطفل عادة هي البيئة الخاصة وكذلك البيئة العامة، فالطفل محاك ومقلد بطبيعته والنموذج القدوة "الأب وألام" هما اول نموذج في تكوين النواة "الأنا" كما يقول اصحاب مدارس التحليل النفسية. وعليه فإن التربية الاسلامية ركزت على تربية الطفل وفق النموذج والقدوة الصالحة الذي اراده الاسلام، لانه سيقلدهما ويحاكيهما فيجب ان يكون هناك تناسق بين القول والفعل في السلوك اليومي لتربية الطفل، أي لا يقول الاب او الام قولاً ويرى الطفل سلوكاً مغايراً لهذا القول. تجنباً لما يحدثه ذلك من اهتزاز عند الطفل بالنسبة لنموذج القدوة. والتربية الاسلامية في مفهومها الشامل هي تربية تكاملية متوازية موجهة نحو الخير، وهي تربية سلوكية عملية وفردية اجتماعية، كما انها تربية لضمير الانسان وفطرته واعلاء غرائزه والسمو بها. وهي ايضاً تربية متدرجة متجددة وانسانية عالمية. لقد ورد في مصادر التشريع الاسلامي ادلة كثيرة تؤكد ان تربية الطفل هي من اوجب الاشياء على ولي الامر نحو ولده. قال (ﷺ): (رحم الله عبداً اعان ولدهَ على برهِ بالاحسان اليه والتألف له وتعليمه وتأديبه).

وتبدأ تربية الطفل من المنظور الاسلامي بتنمية الجسم حتى يشب صحيحاً قوياً. اما التعليم المنظم فيبدأ عندما يصل الطفل الى سن العقل او التمييز، وان هذه السن تتراوح بين السادسة والسابعة تبعاً لاختلاف نمو الصبيان في بلوغ سن العقل والتمييز، وقد ورد في حديث للرسول (ﷺ) انه قال: (لاعب ابنك سبعاً وأدبه وآخه سبعاً). ومع تقدم السن تزداد مطالب التعليم وتنمية العقل ولقد ادرك المسلمون ان من طبيعة الطفل ان يكون نشيطاً كثير الحركة وادركوا ان نشاط الطفل دليل على صحة جسمه ويقظة عقله وصفاء ذهنه. ويرى المربون المسلمون ان طبيعة الطفل خيّرة بفطرتها، إذ توجّه فيما بعد الى الجهة التي توجهه

اليها التربية السائدة في مجتمعه. ولقد اتخذ المربون المسلمون هذا الاتجاه منذ فجر الاسلام مستشهدين بقوله سبحانه وتعالى: ﴿وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا ۞ فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا ۞ قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّاهَا ۞ وَقَدْ خَابَ مَن دَسَّاهَا﴾(□).

ويقول الغزالي في المعنى نفسه: "الصبي آمانة عند والديه وقلبه الطاهر جوهرة نفيسة ساذجة خالية من كل نقش وصورة، وهو قابل لكل ما نقش ومائل الى كل ما يقال. فأن عود الخير وعلمه نشأ عليه وسعد في الدنيا والاخرة وشاركه في ثوابه كل معلم ومؤدب وأن عود الشر وأهمل اهمال البهائم شقي وهلك وكان الوزر في رقبة القيم عليه والوالي له". وتهتم التربية الاسلامية بضرورة الترويج عن نفس الفرد (طفلاً، راشداً، شيخاً، ذكراً، انثى) وخاصة الطفل. ففي تربية الولد يشير الغزالي (رحمه الله) الى ضرورة الترويح عن الصبي، واشار الى موضوع اللعب لما فيه من فوائد كثيرة تساعد على التوافق السليم، إذ قال: ان في اللعب ثلاث فوائد ووظائف هي: يروض جسم الصغير ويقويه، ويدخل السرور الى قلبه، ويريح الطفل من تعب الدروس، ويروح عن النفس كللها وملها. ووضع الغزالي نظاماً تربوياً شاملاً متكاملاً ومحدد المعالم، إذ سعى الى تربية الاطفال تربية صحيحة، لان بهم تصلح المجتمعات .اذ بنى آراه التربوية على نظرته الى النفس الانسانية وعلى فهمه لطبيعة الطفل وغرائزه، ويرى ضرورة تعويد الطفل الخصال الحميدة، لان نفسه ساذجة خالية من أي نقش.

والطفل في نظر الغزالي تبعاً لهذا، يتقبل الخير والشر على حد سواء. ولا ينكر الغزالي دور الاستعدادات الموروثة التي تتحكم في عملية التعلم فهو وان كان يقرر اثر التربية في توجيه الغرائز وفي تقويتها او اضعافها فإنه لا يهمل دور الطبيعة الاصلية ويعرف حدود التربية والاكتساب والتطبع وفي هذا ترى ان الغزالي ليس بعيداً عن آراء علماء النفس والمربين فيما يتصل بالحدود بين الوراثة

(□) سورة الشمس، الاية (7- 10).

والبيئة. كما اكد الغزالي على أهمية اللعب للصغار ويرى ان اللعب وسيلة لبعث النشاط في اجسامهم، وعقولهم ويجعل حياتهم مليئة بالبهجة والسرور ونبه الى الفروق الفردية بينهم من إذ قدراتهم واستعدادهم ورغباتهم وميولهم. ويرى ان من الضروريات الاساسية لمهنة التعليم ان يقوم بدراسة نفسية المتعلمين وخصالهم لتحقيق الاهداف المتوخاة من عملية التعليم بسهولة ويسر.

ويرى ابن سينا ان اللعب ضروري في مرحلة الطفولة لما له من اهمية كبيرة في تصريف نشاط الطفل وراحته النفسية. واكد الاهمية الكبيرة للمعلم في توجيه التلاميذ وارشادهم وينبغي ان يكون مثالاً يحتذى به لان سلوكياته تنعكس على تلامذته.

كما تؤكد التربية الاسلامية على ضرورة احترام الفرد، واحترام شخصيته وعدم التقليل من شأنه لصغره، بل يجب معاملته باللطف والبر واللين، قال (ﷺ): (ليس منا من لا يوقر كبيرنا، ويرحم صغيرنا)[□]، وهذا ينعكس ايجاباً على سلوك الفرد ومما يساعده في التوافق.

ان التربية الاسلامية تُسلّم بأن الاطفال يختلفون في استعدادتهم وما هيئوا له وان بينهم فروقاً في القدرة على التعلم وان بعض الاطفال اقدر من غيرهم في تعلم مجالات معينة من العلم. كما ان منهم من لا يصلح تعليمه الا لحد معين لا يتعداه. ويرى المربون المسلمون ضرورة توجيه الطفل او الصبي الى ما يناسبه من تعليم وان يترك ما لا يقدر عليه الى ما يقدر عليه. ويقول ابن جماعة: "واذا علم المعلم ان تلميذاً لا يصلح في فن اشار عليه بتركه والانتقال الى غيره مما يرجى فيه فلاحه". فالتربية الاسلامية كما تؤكد على الانسان المسلم في تربيته وتوجيهه فهي أيضا تؤكد على الطفولة لانها الاساس في بناء هذا الانسان.

(□)صحيح البخاري.

النشاط المفرط

لقد كان موضوع النشاط المفرط مثار اهتمام الباحثين على مدى قرن وقد كانت اول اشارة الى النشاط المفرط عام (1902م)، عندما قدم طبيب الاطفال الانكليزي Still سلسلة من المحاضرات عرض فيها اربع وجهات نظر لتفسير النشاط المفرط، وأعطى وصفاً مفصلاً للاطفال الذين ظهرت عليهم أعراض النشاط المفرط نتيجة التعرض لاضرار كبيرة وجروح في الدماغ ادت الى تلف الدماغ، وكذلك نتيجة التعرض لبعض الامراض الحادة، كما قدم Still وصفاً لاطفال اخرين ظهرت عليهم اعراض النشاط المفرط نفسها، لكنها لم ترتبط بتلف الدماغ او مرض اخر بشكل ملحوظ، ويحدث هذا في غياب أي ضعف في الجهاز العصبي المركزي او أي مرض جسدي، وقد وصف الطبيب Still هؤلاء الاطفال بأنهم يعانون من ضعف في الضبط الاخلاقي. الا انه مع التقدم في طرق التشخيص والطب النفسي، وجد ان هذه الاعراض قد تظهر عند اطفال لا يعانون من أي تلف في خلايا المخ. وعليه سقطت نظرية علاقة هذا الاضطراب بضمور خلايا المخ.

تتباين صور النشاط الزائد حسب المرحلة العمرية من نشاط حركي واضح الى تململ. وبشكل عام، يظهر في الطفولة كحركة دائبة غير هادفة، إذ ينتقل من موضوع او مكان الى اخر، وكأن هناك من يدفعه نحو الحركة غير الهادفة التي لا يصاحبها كلل. واذا ما جلس فأنه يحرك، أما القدمين بضربهما في الارض، او اليدين بتحريكهما في أي اتجاه. ويجب ملاحظة انه مع التقدم في العمر نحو المراهقة والرشد تكون الاعراض في هذا الجانب اكثر تخفيفاً. إذ تتجسد لا في حركة او نشاط ظاهر، بل - غالباً - في تململ وملل وصعوبة في البقاء ساكناً فترة طويلة. ينعكس هذا النشاط الزائد على مجالات عديدة. وعليه يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار ان الاعراض تتباين في اشكالها وصورها من

فرد الى أخر، مع تباين في الحدة، بإذ تكون واضحة جداً في الحالات الحادة، وأقل وضوحاً في الحالات المتوسطة والاقل منها.

ويرى البعض ان كل تلك المظاهر بأبعادها الفرعية الرئيسة نتاج عامل سلوكي، انخفاض منحني التعزيز a Shorter delag-of- reinforcement-gradient او عامل نفسي- عصبي - معرفي (Barkley, 1997, 65) كما ان معظم الدراسات اثبتت ان غالبية الاطفال ذوي اضطراب الحركة الزائدة لديهم مشاكل تعليمية، وان تحصيلهم الدراسي ضعيف وان كلا من المعالجين والتربويين قد لاحظوا ان هؤلاء الاطفال مختلفون في ادائهم التعليمي عن الاطفال العاديين، فاحيانا يكون اداؤهم ممتازاً واحيانا اخرى يكون منخفضاً جدا.

يوجد تصنيفان رئيسان للنشاط المفرط احداهما يركز على جانب الطب النفسي والاخر على جانب النفس- تربوي.

أ. تصنيف الطب النفسي:

لقد وضعت جمعية الطب النفسي الامريكية سنة 1980 نمطين للنشاط المفرط هما:

1. النشاط المفرط المصحوب بعجز الانتباه.

ويضم النمط الاول:

أ. عدم الانتباه.

ب. الاندفاعية.

ج. النشاط الزائد وذلك في اثنين من الجوانب الاتية على الاقل:

1. يتلف الاشياء او يحوم حولها.
2. يعاني من صعوبة بالغة في الالتزام بالهدوء.
3. يعاني من صعوبة في البقاء في وضع الجلوس.
4. يتحرك بشكل زائد خلال ساعات نومه.

5. دائما يقوم بأنشطة حركية مستمرة.

د. تبدأ قبل سن السابعة.

هـ. تستمر على الاقل لمدة ستة شهور.

و. لا تعود الى عوامل اخرى كانفصام الشخصية او الاضطرابات الانفعالية او الإعاقات العقلية الحادة والشديدة.

2. النشاط المفرط غير المصحوب بعجز الانتباه.

ب. التصنيف النفس – تربوي

توجد ثلاثة مكونات رئيسة للنشاط الزائد، فالعنصر الحركي يشيع بين الاطفال من الميلاد وحتى سن الخامسة، اما العنصر الثاني والذي يتمثل في الجانب المعرفي ويظهر في المرحلة الابتدائية، إذ لا يستطيع الطفل الاستمرار في المهارات او اكمالها، اما العنصر الثالث والذي يتمثل في الجانب الاجتماعي والذي يظهر بشدة في مرحلة المراهقة.

الطفل المفرط النشاط

ان من المشكلات الاكثر إلحاحاً في مدارسنا وجود فئة من الاطفال يتصفون بفرط النشاط فقد بات موضوع النشاط الزائد من المشكلات التي يطول بحثها، وبالتأكيد هي واحدة من اعظم الشكاوى الشائعة بين الوالدين والمعلمين. وتقريباً الاباء والامهات يشكون من ان لدى اطفالهم نشاطاً زائداً. وتم تلخيص الانشطة الزائدة مبدئياً كمشكلة مرحلة الطفولة الوسطى، ولكنها الان عرفت كمشكلة تبدأ قبل سن السابعة وهذا مفيد للتركيز اكثر بالعناية وترجع الرعاية على مستوى الانشطة للاطفال الصغار.

ويشكل الاطفال ذوي النشاط المفرط نسبة لا يستهان بها من بين اطفال المرحلة الابتدائية فهم يشكلون نسبة تتراوح من 3٪ الى 10٪ من الاطفال، وهناك بعض الدراسات الاحصائية الاخرى اوضحت ان نسبة حدوثه تتراوح من 3٪ الى 6٪

من تلاميذ المدارس الابتدائية، الا ان احدث التقارير التي اصدرتها الجمعية الامريكية للطب النفسي حددت نسبة هذا فيما بين 3٪ الى 5٪ من الاطفال في سن المدرسة. ويعد هذا الاضطراب اكثر انتشاراً في الذكور عنه في الاناث بنسبة 4:1، وانه غالباً ما يكون لواحد او اكثر من الامراض النفسية المصاحبة، وتختلف نسبة حدوثه من بيئة الى اخرى، ومن مستوى ثقافي واجتماعي واقتصادي الى اخر.

يتصف الاطفال المصابين بهذا الاضطراب بكونهم لا يلبثون على حال واحدة من الناحية الحركية بل انهم يجدون صعوبة في ضبط حركتهم، الامر الذي يسبب كثيراً من الازعاج للمحيطين بهم ويخلق كثيراً من المشكلات الصفية، إذ تتطلب البيئة الصفية جلوس الاطفال هادئين ومنتبهين ومتابعين للتعليمات وغير ذلك من المعايير الانضباطية التي لا يستطيعون مطابقة انفسهم معها. كما يتصف المصابون بهذا الاضطراب بصعوبة اللعب بهدوء، والتكلم بصورة سريعة، والانتقال من نشاط دون ان يكملوه الى نشاط اخر، وسهولة تشتت الانتباه بأشياء خارجية هامشية ومحاولة الاجابة عن الاسئلة قبل اكتمال طرحها، وعدم الاهتمام بالنظافة والترتيب.

خصائص الأطفال ذوي النشاط المفرط

لقد حظي موضوع الاطفال ذوي النشاط المفرط باهتمام الأخصائيين واجريت العديد من الدراسات بشأنه واجتمعت الاراء حول الكثير من الخصائص التي تميز هذه الفئة من الاطفال. ويذكر كل من (Traver&Hallahan, 1976) خصائص الاطفال ذوي النشاط المفرط كما يأتي (الحركة الزائدة، قصور في الادراك الحركي، المشاكل الانفعالية، اضطراب في الانتباه، الاندفاع، اضطرابات في الذاكرة والتفكير، اضطرابات في الكلام والاستماع، اشارات عصبية).

كما حدد الدليل التشخيصي والاحصائي للامراض النفسية (1987) DSMOIII-R بعض الجوانب التي تتمثل بالسلوكيات المتوقعة ممن لديهم نشاط مفرط والمتمثلة بـ(تشتت الانتباه بمثيرات خارجية، الاسراع في الاجابة على الاسئلة قبل اكمالها او اتمامها، صعوبة المحافظة على الانتباه في المهام التي يقوم الطفل بها، التكلم بشكل زائد، فضلاً عن فقدانه الاشياء المهمة المتعلقة بالواجبات او الانشطة التي يقوم بها في المدرسة او البيت، كذلك انشغاله في انشطة مؤذية لبدنه دون ان يعد ما يترتب على ذلك من آثار فمثلاً (تجده يجري في الشارع باندفاع دون ان ينظر حوله) كما يجد صعوبة في ان يبقى في المقعد عندما تدعو الحاجة لذلك.

العوامل المساهمة في حدوث أو زيادة النشاط المفرط

هناك نظريات عديدة حاولت التوصل الى الاسباب المحتملة وراء الاصابة بهذا الاضطراب:

أ. تلف المخ العضوي

توصل العالم الامريكي "تريد جولد" عام 1908م الى ان النشاط المفرط لدى الطفل يتصل اتصالاً مباشراً بتلف المخ العضوي والذي ينشأ كما في اعتقاده عن اصابات يتعرض لها المخ، الحرمان من الاوكسجين، مشاكل قد تعرض لها الجنين قبل ولادته، او اصابة عند الميلاد. ومن الابحاث الاخرى فيما اظهرت عدم صحة هذا الارتباط الى حد كبير، إذ ان معظم الحالات التي تعاني من عدم القدرة على الانتباه او التركيز وفرط الحركة لم تظهر اية علامات عن حدوث تلف المخ الا بنسبة 10٪ او اقل.

وفي عام 1971م اقترح العالم "ويندر" ان بعض الاطفال تظهر عليهم اعراضا تتصل بخلل في النشاط الكيميائي بالمخ (Defective Inhibitory System) المسؤولة بشكل مباشر عن اليقظة والانتباه والثواب والتي تترجم في صورة نشاط

مفرط وزائد عن الحد ، كما تجعل الطفل اقل حساسية وادراكا للثواب والعقاب ومن ثمة تتسبب في عدم مقدرتهم على التعلم بكفاءة. وتلخيصاً لكل ما سبق ان تلف المخ العضوي لا يساهم في حدوث هذه الاضطرابات الا في حالات معدودة.

ب. الوراثة

للجينات دخل في اصابة الاطفال بهذه الاضطرابات حتى وان كانت نسبتها ضئيلة وقد اظهرت الدراسات ان الاباء الذين يعانون من النشاط المفرط لوحظ اصابة ابنائهم بعدم القدرة على الانتباه والتركيز (وتمثل النسبة - 10٪) وقد توصل كلا العالمين "موريسون وستيوارت" عامي 1971 و1973م ان الاباء الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية يصاب ابناؤهم باضطرابات الانتباه المصحوب بالنشاط المفرط.

كما اظهرت الدراسات التي اجريت على التوائم المتماثلة كدراسة Willerman, 1973 ان مستوى النشاط منذ الايام الاولى من حياة الطفل يكون اكثر تماثلاً بين التوائم المتطابقة من التوائم غير المتطابقة.

جـ. الأغذية

اكدت بعض الابحاث ان بعض الاغذية لها دور فعال في ازدياد حدة اعراض النشاط المفرط، ومنها ما له دور في تحسين الحالة السلوكية لهولاء الاطفال، إذ وجد ان تناول بعض العناصر الغذائية مثل الدهون سواء الحيوانية او النباتية بكثرة يكون له دور في اصابة الطفل بهذا الاضطراب السلوكي النفسي. كما ان المواد الكربوهيدراتية كالسكريات لها تأثير على زيادة الطاقة وهذا ما اثبته Crook, 1974 من خلال ملاحظاته لمدة سنة ، حساسية ضد بعض الاطعمة عند 55 طفلاً مفرطي النشاط وان 16 طفلاً منهم اظهروا حساسية خاصة للسكر وان رفع السكر من طعامهم يخفف من اعراض النشاط المفرط. ولتجنب مثل هذه التأثيرات غالبا ما يوصف نظام للحمية للاطفالالمفرطي النشاط إذ تمنع الكثير

من الاطعمة والمشروبات مثل الحلوى والمشروبات الخفيفة، ويستجيب الاطفال بصورة حسنة للحمية، وبالنتيجة يظهر تحسن انتقالي في سلوكهم.

جـ. العوامل البيئية

وتتمثل في الالوان الصناعية في العديد من الاطعمة، معدلات الرصاص في الجو، التلوث البيئي، واضاءة المصابيح الفلورسنت كل هذه العوامل مجتمعة او منفصلة تسبب هذه الاضطرابات، على الرغم من الاختبارات التي تم اجراؤها على هذه العوامل ليست قوية بالدرجة الا ان الحد منها اظهر فاعلية مع بعض الحالات.

العوامل الفعالة في التدريب

تتوقف البرامج التدريبية الفعالة على اربعة عوامل رئيسة:

1. اظهار التدريب نتائج مرغوبة.
2. اجراء التدريب في البيئة الطبيعية للمتدربين.
3. عندما يكون في التدريب تعلم اكثر من مهارة فعلى المدرب ان لا يبدأ بتدريب المهارة الثانية الا بعد التأكد من تعلم افراد المجموعة للمهارة الاولى بشكل مضبوط.
4. توفير فرص تمكن المتدربين من نقل التدريب من الجلسات التدريبية الى مواقف الحياة الواقعية.

الاستراتيجيات الخاصة بالتدريب

هناك ثمان ستراتيجيات خاصة بالتدريب هي:

1. ان يكون التدريب السلوكي له درجة احتمالية عالية من النجاح.
2. ان يكون التدريب واقعياً حتى يكون من السهل نقله الى المواقف الحياتية.

3. ان تتسم ستراتيجية التدريب بالمرونة.
4. تحديد الواجب البيتي حتى يسمح للمتدرب التدريب على المهارات خارج الجلسات التدريبية.
5. توسيع التدريب بهدف جعل النماذج السلوكية الجديدة مألوفة لديه.
6. مشاركة الاخرين ممن حوله في البيئة لمساعدته على احراز التقدم.
7. تطوير مهارة الادارة الذاتية للمتدرب وتزويده بكل ما يحتاجه من تدريبات اضافية.
8. اعداد جلسات لمتابعة التقدم لدى المتدرب وتزويده بكل ما يحتاجه من جلسات اخرى.

لقد اكد المعالجون السلوكيون على ان التدريب واعادة التدريب (تكرار التمرين) وخصوصاً اذا كان مترافقاً مع النمذجة تشكل مجموعة متوحدة. وتجعل اجراءات المعالجة اكثر فاعلية، وقد وجد ان النمذجة تشكل اكثر من 70٪ من ادبيات التدريب على هذا الاسلوب. وقد استفادت الباحثة من هذه الاستراتيجيات في وضع دروس البرنامج وتدريباته وخاصة في مجال توسيع التدريب بهدف جعل النماذج السلوكية المألوفة لدى الطفل ومشاركة الاخرين ممن حوله في البيئة لمساعدته لاحراز التقدم وتطوير المهارة الذاتية للطفل وكذلك المرونة في التدريب والانتقال من المواقف السهلة الى المواقف الاكثر تعقيداً.

النظريات التي عللت النشاط المفرط

ان الباحثة وهي تقدم للنشاط المفرط مدلولات وصفات تستعرض بعضاً من النظريات التي عللت النشاط المفرط للاطفال منها:

النظرية الظاهراتية Phenomenological Theory

جاءت هذه التسمية لانها تعني بالظواهر المحيطة بالفرد. وترى ان العامل المهم الذي يؤثر في السلوك، ليس الواقع كما هو، بل الظواهر الواقعية كما يدركها الفرد.

ويرى سنج وكومس (Syngg& Combs, 1949) ان السلوك يتوقف على الاطار المرجعي الظاهري الشخصي للفرد الذي يقوم بالسلوك وان العنصر الحاسم لديه هو الاسلوب الذي يرى به الفرد الحقيقة ويفسرها بوساطته وان الحقائق الموضوعية لموقف ما ليست مهمة على نحو خاص. وان جميع الانماط السلوكية تتحدد بوساطة المجال الادراكي ومن بين علماء النفس المتأثرين بهذا الرأي روجرز الذي تتضمن طريقته العلاجية اعادة بناء نظرة الفرد نحو الحقيقة.

وتقوم هذه النظرية على دراسة السلوك الظاهر لدى الفرد كما يراه هو، او كرد فعل لما يراه الاخرون أي كيف ينظر اليه الاخرون ورؤيته لنفسه، وتعتمد هذه النظرية على اسلوب الملاحظة، وترى هذه النظرية ان سلوك الفرد يتأثر بالثقافة التي ينتمي اليها بعامة وثقافة اسرته والاشخاص المحيطين به بخاصة. وترى هذه النظرية ان اضطراب العلاقة بين مفهوم الشخص لذاته يسبب له مشاكل تجعله غير قادر على تفسير التناقض بين شخصيته وارادته، ويعتقد الظاهريون بأن الفرد لديه القدرة على النمو الايجابي، واكتساب السلوك الاجتماعي عن طريق تعرضه لمواقف متعددة وخبرات مختلفة، وانه يولد ولديه القدرة على التخلص من السلوك غير السوي.

ويعد مفهوم الذات عند انصار النظرية الظاهراتية نواة الشخصية وقد جعلوا له المركز الرئيس في نظرياتهم. وقد أثار روجرز في موضوع العلاج المتمركز حول العميل (Client-Centered Therapy) الى ان الذات لها خصائص منها: انها تنزع الى الاتساق. وان الشخص يسلك اساليب تتسق مع ذاته وان

الخبرات التي لا تستق مع الذات تدرك بوصفها تهديدات وان الذات تتغير نتيجة للنضج والتعلم.

وتؤكد المدرسة الظاهراتية على ان المحدد المهم للسلوك هو عملية ادراك الفرد للمثير، وليس موضوع المثير في حد ذات، أي ان الطريقة التي يدرك بها الفرد الاحداث المحيطة به هي التي تحدد الكيفية التي يتصرف بها. تمثل هذه المدرسة علماء النفس الانساني، ونظريات الذات "ماسلو وروجرز" ونظرية المجال، وعلم النفس الجشطالتي.

ان علماء النفس الإنسانيين يهتمون بالخبرة الشعورية للفرد، وان للطبيعة الانسانية والخبرة دوراً هاماً فاعلاً في عملية التعلم، إذ يعد الانسان مالكا لحرية الارادة والاختيار وان لديه القدرة الخلاقة على النمو والتوافق.

نظرية المجال Field Theory

ترتبط هذه النظرية بعالم النفس الجشتطلي "كيرت ليفن" الذي اكد على أهمية قوى المجال التي تسهم في تحديد السلوك، والمجال هو جميع الوقائع الموجودة التي يعتمد بعضها على بعض. وتفسر نظرية ليفين الشخصية على انها مجال حياة متمايز يبدأ منذ الطفولة، إذ يأخذ الطفل تدريجياً باقامة كيان وعيه الداخلي بحدود يرسمها وفقاً لتجاربه وخبراته المستمدة من ادراكه واستبصاره للعلاقات.

فنظرية المجال تؤكد ان المجال النفسي، تحدده العوامل الاجتماعية اكثر مما تحدده العوامل الطبيعية، أي ان العناصر الأساسية في نظرية "ليفن" هي الاحداث النفسية المحيطة بالفرد، التي تعد مهمة في بناء حيز الحياة، فقد عد "ليفن" ان حيز الحياة هو مفهوم ديناميكي يتغير باستمرار، نتيجة للتغيرات في حالات التوتر الداخلي للفرد، فضلاً عن التغيرات في البيئة ولكي نفهم سلوك الفرد في موقف ما ولحظة ما، علينا ان نصف حيز الحياة (البيئة النفسية في تلك اللحظة، لان البيئة النفسية الكلية تتغير فيما بعد). أي ان فهم الفرد لسلوكه

الحاضر ينبغي ان يقوم على فهم حيز الحياة له. وعلى هذا الاساس فأن التوافق، لدى الفرد متغير، إذ ان الشخص وبيئته النفسية متغيران من لحظة الى اخرى.

النظرية السلوكية Behavior Theory

وتعرف هذه النظرية بعدد من التسميات منها المثير والاستجابة: والتعلم، والسلوكية ويتركز اهتمامها على سلوك الفرد بتعليمه وتعديله وتغييره. بدأ اهتمام علماء النفس في المدرسة السلوكية بمشكلات التعلم، ثم وسعوا مجالات اهتماماتهم بعد ذلك لتشمل: دراسة الشخصية وألوان السلوك البشري البسيط والمعقد. وتفترض هذه المدرسة ان معظم سلوك الإنسان متعلم وان الفرد يتعلم السلوك السوي ويتعلم السلوك غير السوي، أي يتعلم السلوك المتوافق والسلوك غير المتوافق، ويتضمن ذلك ان السلوك المتعلم يمكن تعديله، وان الشخص يتعلم السلوك من خلال تفاعله مع البيئة ومع الآخرين.

لهذا يتم وصف الاشخاص بكائنات استجابية، يستجيبون للمثيرات او المنبهات التي تقدمها لهم البيئة، وفي اثناء تلك العملية تتكون انماط من السلوك والشخصية في نهاية الامر.

ويعتقد سكنرSkinner ان السبب الاساس في نشوء السلوك المتوافق او السلوك غير المتوافق هو البيئة، فاذا اردنا التخلص من انماط السلوك غير المتوافقة، يجب التأكد من ان هذه الانماط السلوكية لم تحصل على الدعم او التعزيز، هذا من ناحية، ومن ناحية اخرى يجب ان يكافأ الفرد على السلوك الحسن الجيد، حسب جوانب قوانين وقواعد التعزيز.

اما دولاردوميللر Dollard & Miller فقد جاءا لتفسير المدى الواسع للسلوك الذي يشمل جوانب تطور الشخصية: السوي المتوافق، وغير المتوافق ولاجل ان يتعلم الفرد عليه ان يريد شيئاً وان يلاحظ بعض الاشياء وان يقوم بعمل، وان يحصل على شيء، وهذه جوانب تمثل خطوات اساسية في تشكيل السلوك السوي والسلوك غير السوي وهي: الحافز والمثير والاستجابة والاثابة.

وكانت المحاولات لتطبيق مبادئ التعلم على الارشاد تركز في ادخال ما هو قائم من نظريات الارشاد في اطار سلوكي واول من اهتم بهذا الجانب من السلوك "دولاردوميللر، 1956" إذ اعتقدا ان سبب الاضطراب السلوكي هو الصراع ويمكن تعديل السلوك على وفق النظرية السلوكية بالطرائق الاتية:

أ. الاشراط التقليدي

ان الاشراط التقليدي الذي اتى به العالم الروسي بافلوف، وتبناه واطسون في الولايات المتحدة الامريكية هو اقدم الوسائل المتبعة في تعديل السلوك الانساني واقلها ممارسة هذه الايام. وتتلخص عملية التعديل السلوكي بالاشراط التقليدي بوجه عام في تقويم المعلم للمنبه المشروط الذي يملك التلميذ تجاهه شعوراً حيادياً ثم ينبه مباشرة بالمنبه غير المشروط ويستمر المعلم في عملية الاقتران هذه حتى يصل الى درجة يكتسب فيها المنبه المشروط استجابة المنبه غير المشروط، بمعنى ان تقديمه وحده يكفي لاصدار الاجابة المطلوبة من التلميذ التي تجسد بالطبع الإجابة الاصلية نفسها للمنبه غير المشروط القديم، والفترة التي يمكن ان تفصل تقديم المنبه عن قرينه غير المشروط تعد حاسمة عند تطبيق الاشراط التقليدي في التربية السلوكية، اذ كلما امكن تقديم المنبه المشروط وغير المشروط معاً، او على الاكثر بفارق نصف ثانية او ثانية كانت عملية التعديل فعالة وسريعة.

ب. الاشراط الفعال

وقد طوره سكنر ويتلخص في الاتي: "ان الفرد يميل الى احداث السلوك وتكراره عند خبرته لنتائج ايجابية والى تقليله او تجنبه عند خبرته لنتائج سلبية او غير مستحبة أي ان نوع النتائج التي يحدثها السلوك قد تعزز وتزيد من حدوثه او تقلله".

ويرى "سكنر" ان سلوك الفرد قد يكون على نوعين:

*** السلوك الاستجابي Respondent Behavior**

يستجيب لمنبهات بيئية خارجية معروفة مثل هدوء التلميذ في الصف عند حضور المعلم.

*** السلوك الإجرائي Operant Behavior**

وينتج عن منبهات غير معروفة او غير واضحة للانسان، ويحدث في العادة على نحو تلقائي عفوي، كأن يتحول التلميذ من دراسة الواجب المدرسي في الحساب الى واجب اخر فجأة. تكون مكافأة السلوك بمعززات بمعنى توفير المكافأة والجزاء الطيب وتحقيق السعادة والرضا والاشباع للاستجابات المرغوب فيها أي الايجابية وذلك ضماناً لميل الفرد الى تكرارها وترسيخها في خبرته أي تعلمها.

وهذه المعززات تكون على انواع مختلفة منها:

*** المعززات الأساسية Primary Reinforces**

تمثل حاجات التلميذ الاساسية الفسيولوجية، مثل الطعام والماء وهي ليست محفزة او معززة للتعلم وانما قد يستغلها باقرانهابالاجابة المرغوب فيها لاحداث التعديل المطلوب على سلوك التلميذ.

*** المعززات الثانويةSecondary Reinforces**

وهي تنمو لدى التلميذ من خلال تفاعله مع البيئة، فالطفل الذي يحافظ على ثيابه مثلاً او يعمل شيئاً طلب منه كأن نقول له "جميل او جيد" يؤثر ذلك فيه ويقوي عزائمه. مع دخول الطفل الى المدرسة الابتدائية تكون لديه حصيلة لا بأس بها من المعززات المشروطة التي تساعد المعلم في توجيه تلاميذه وزيادة سلوكهم المدرسي النظامي والتحصيلي، كالفاظ المديح والهدايا...الخ.

*** المعززات المعممة Generalized Reinforces**

ويمكن استعمالها مع اكثر من تلميذ، لزيادة السلوك في ان واحد، وهي ترجع في اصلها الى المجتمع وثقافته ومنها (الالقاب الاجتماعية والمداليات)...الخ ولقد استغل "سكنر" مبدأ التعزيز في تعديل السلوك الفردي بزيادة معدل حدوثه او حذفه او تكوين سلوك اخر جديد مستعملا فترات زمنية فاصلة يقوم خلالها بتعزيز السلوك بمكافأته بنوع واحد او اكثر من المعززات او معاقبته بحرمانه من المعزز.

وخلاصة القول:

ان النظرية السلوكية تفسر المشكلات السلوكية على انها انماط من الاستجابات الخاطئة غير المتوافقة، لارتباطها بمثيرات منفرة، ويحتفظ الفرد بها لفاعليتها في تجنب مواقف وخبرات غير مرغوبة.

تعديل السلوك Behavior Modification

ان تعديل السلوك شكل من اشكال العلاج النفسي. ويعني اساساً بتغيير السلوك المشاهد. وموضوع الاهتمام الرئيس فيه هو السلوك الذي يمكن ملاحظته في الطفل.

هناك تعاريف عديدة يتضمنها تعديل السلوك نذكر منها:

- نعني به تغير السلوك غير المرغوب بطريقة مدروسة وهو نوع من العلاج السلوكي يعتمد على التطبيق المباشر لمبادئ التعلم والتدعيمات الايجابية والسلبية بهدف تعديل السلوك غير المرغوب.
- كما يقصد بتعديل السلوك تغيير السلوك عن طريق تغيير الظروف البيئية المحيطة.

- وتعديل السلوك يعني استخدام فنيات تستند الى نظريات التعلم، من تحديد اهداف تعليمية وطرق علاجية، وتعزيز، في حل مشكلات التلاميذ الدراسية والسلوكية او النفسية والاجتماعية.
- ويعني كذلك كل نشاط ينتج عن العضوية (الكائن الحي) سواء كان مقصوداً ام تلقائياً.

فالسلوك هو النشاط الذي يعبر عنه الفرد من خلال علاقاته بمن حوله والسلوك له قواعد طبيعية ومادية مبرمجة طبقاً للخريطة الوراثية المرسومة لكل فرد وفقاً للترتيب الوراثي البيولوجي وصولا الى هندسة الجينات. وتشير الدراسات الطبية الى علاقة بين الخلل الدماغي والاضطراب السلوكي مثل الاضطرابات السلوكية الشديدة كالانطواء وكثرة الحركة ولكن لا يمكننا القول بشكل ثابت أن الاضطرابات السلوكية سببها خلل دماغي. وتشير بعض الدراسات ان سوء التغذية قد يؤدي الى اضطرابات سلوكية وكذلك توجد عوامل نفسية تعود الى الاسرة او الاصدقاء والبيئة والمشاكل الاجتماعية مثل الفراق او الطلاق او مشاكل داخل الاسرة والاهمال والضرب والاحباطات المتراكمة منها البيئية والصحية والاقتصادية والاجتماعية.

ان تعديل السلوك هو فرع من فروع علم النفس التطبيقية يتضمن التطبيق المنظم للاجراءات المستندة الى مبادئ التعلم، وبخاصة منها مبادئ الاشراط الاجرائي والاشراط الكلاسيكي والتعلم بالملاحظة، يهدف الى تغيير السلوك الانساني ذي الاهمية الاجتماعية، ويتم ذلك من خلال تنظيم او اعادة تنظيم الظروف والمتغيرات البيئية الحالية ذات العلاقة بالسلوك وبخاصة منها تلك التي تحدث بعد السلوك، كذلك يشتمل تعديل السلوك على تقديم الادلة على أن تلك الاجراءات وحدها لاشيء غيرها هي التي تكمن وراء التغير الملاحظ في السلوك.

تعزى اولى المحاولات في تعديل السلوك الانساني بوجه عام الى العالم الروسي بافلوف وزملائه من بعده، ثم تلاهم عدد من المختصين في الولايات

المتحدة الامريكية مثل واطسون وثورندايكوجاثري وهال وتولمان وسكنر، يعد سكنر على كل حال - بسبب ما جاء به من نظريات واجراءات عملية- اكثر هؤلاء شهرة هذه الايام في مجالي تعديل السلوك الانساني والصفي على السواء. وتعديل السلوك من وجهة نظر ستولز ورفاقه نوع من انواع التأثير على السلوك يشتمل على تطبيق المبادئ التي انبثقت عن البحوث العلمية في علم النفس التجريبي يهدف الى الحد من المعاناة الانسانية وتحسين الاداء الانساني. وتعديل السلوك كما يرى هؤلاء الباحثين يركز على المتابعة المنتظمة والتقييم الموضوعي المتكرر لفاعلية الاجراءات المستخدمة. كذلك فأساليب تعديل السلوك عموماً تهدف الى تحسين الضبط الذاتي وتطويره من خلال تحسين مهارات الفرد وقدراته ومستوى استقلاليته.

ويشير مفهوم تعديل السلوك الى شكل من اشكال العلاج النفسي، يهدف الى تعديل السلوك غير المرغوب فيه الى سلوك مرغوب فيه على وفق قواعد معينة ويكون موضع الاهتمام الرئيس في تعديل السلوك هو السلوك الظاهر الملاحظ. كما يشير المفهوم ايضاً الى الطريقة في اختيار السلوك المرغوب فيه وتطوير خطة تعزيز هذا السلوك وتدعيمه ويستعمل هذا الاسلوب مع العاديين وغير العاديين من اجل تطوير مهاراتهم الذاتية والاجتماعية واكتساب سلوكيات اكثر ملاءمة.

وتعديل السلوك هو تطبيق لنظرية التعلم لتغيير السلوك والاشراط الاجرائي صيغة من صيغ تعديل السلوك. ويستند الاشراط الاجرائي على مسلمة هي ان الافعال تتشكل وتتغير بخطواتها او نتائجها.

خصائص أسلوب تعديل السلوك

1. ان تعديل السلوك اسلوب غير تاريخي a historical بمعنى انه لا يهتم بالدرجة الاولى بتاريخ حياة الفرد ولا بخبرات الطفولة بل يهتم بالحاضر الراهن للفرد وما يلاحظ على سلوكه من اهتمامات تنحصر في تحديد

السلوك كما قد يستفيد من المعلومات التاريخية بوصفها عاملا مساعداً في تفسير المتغيرات الحالية.

2. يتجنب اسلوب تعديل السلوك تصنيف الافراد الى فئات ويتحاشى استخدام المفاهيم والمصطلحات الغامضة مثل غير سوي abnormal ومنحرف daviant لان هذه الصفات لا تفيد كثيراً في التحليل الوظيفي للسلوك.

3. يعتمد اسلوب تعديل السلوك على الادراك والوعي والاقتناع باجراءات التعديل من جانب المُعالج والشخص المَعالج، لان هذا الادراك والوعي والاقتناع يزيد من حماس ودافعية الطرفين للتعاون في حل المشكلات.

4. لا يحتاج تعديل السلوك الى علاقة مباشرةً وجهاً لوجه بين المُعالج الذي يخطط ويشرف على تنفيذ البرنامج والمَعالج: ولذلك فقد يكلف المعالج اشخاصاً اخرين للقيام بالمهمة.

5. يعتمد تعديل السلوك الى حد كبير على اساليب ضبط الذات (Self-Control) التي تفيد في تعليم الاشخاص كيفية القيام بتنفيذ برامج التغير على انفسهم مما يساعد على تحقيق برامج التعديل بكفاءة اعلى. في تعديل السلوك، يتم رفع اشكال السلوك المرغوبة وازديادهما وكذلك تسريعها، واشكال السلوك هذه هي، السلوك التكيفي السوي.

اما اشكال السلوك غير المرغوب (اللاتكيفي- الشاذ) فيتم انقاصها وإبطاؤها وغالباً ما يجمع العلاج هذين الهدفين معاً، وذلك لتخليص المتعالج من مشكلاته. فالسلوك غير المناسب يحد من فرص النجاح للطفل في المدرسة، ولذا تزايد الاهتمام بالتلاميذ الذين يتصرفون بطرق غير مناسبة في الصفوف. فيلاحظ ان السلوك الاجتماعي للافراد العاديين يختلف عن السلوك الاجتماعي للافراد

غير العاديين، كما يلاحظ بأنه يختلف ايضاً باختلاف البيئة التي يحدث فيها السلوك.

تشكيل السلوك

يتضمن تشكيل السلوك اجراءات مختلفة وذلك لتشكيل سلوكيات جديدة مثال: (النمذجة، والتشكيل، والتسلسل، والتلقين، والاخفاء).

1. النمذجة والتقليد

يرجع الفضل بالاهتمام في هذا الاسلوب الى العالم باندورا الذي اكد على ان الكثير من السلوك الاجتماعي يكتسب عن طريق مراقبة ما يفعله الناس فيكتسب الطفل العديد من السلوكيات من خلال تقليد النموذج. تعد عادات التقليد لدى الاطفال بمثابة محطات على الطريق الى الامكانات الواسعة للتعلم البديل عن طريق الملاحظة فعند مراقبة طفل لطفل اخر يتلقى تعليمات فأنه يتعلم بمجرد ملاحظته وربما وصل تعلم الطفل الذي يقوم بالمراقبة الى مستوى يعادل الطفل المراقب او حتى يفوقه، حتى عند عدم توافر تغذية رأجعة للطفل الذي يقوم بالمراقبة، ولدرجة تصل الى انه في حالة غياب النموذج يكون الطفل الذي يقوم بالمراقبة قادراً على الاتيان بالافعال التي تعلمها.

ان اغلب الاطفال يمرون بمراحل يقتبسون فيها نشاطات المحيطين بهم بطريقة استسلامية ويبدو ان فيما بعد بتقليد افعال واتجاهات المحيطين، ان الاطفال يتعلمون من الملاحظة اكثر مما يتعلمون من المواقف التي رتبت خصيصاً لنقل معلومات وتعليمات شفهية لهم.

وغالباً ما يتأثر الفرد بملاحظة سلوك الافراد الاخرين فالانسان يتعلم العديد من الانماط السلوكية، مرغوبة كانت ام غير مرغوبة من خلال ملاحظة الاخرين بالنمذجة، كذلك تسمى عملية التعلم هذه بمسميات مختلفة منها: التعلم بالملاحظة، والتعلم الاجتماعي، والتقليد، والتعلم المتبادل. ويعد اسلوب

النمذجة من اساليب تعديل السلوك المعروفة التي يمكن توظيفها بشكل فعال مع الاطفال العاديين وغير العاديين، اذ ان واحدة من طرائق التعلم الرئيسة للفرد هي طريقة التعلم عن طريق تقليد النموذج، حتى ان نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory ترتكز على تعلم الفرد في سياق اجتماعي، وبتقليد السلوك الجديد المتعلم، حين يقوم به النموذج المرغوب فيه للطفل، ومن اجل توظيف هذا الاسلوب فلابد من توافر النقاط الاتية:

- مكانة النموذج: ويقصد مكانة النموذج للفرد، فقد يكون هذا النموذج أباً أو معلماً أو قائداً.
- النمط او السلوك المقلد: ويقصد به السلوك المتوقع تقليده من قبل الفرد وهل يتعلق ذلك السلوك بمظاهر السلوك الاجتماعي او العقلي او الانفعالي او الشخصي..الخ.
- مكافأة السلوك المقلد: ويقصد بها ان يتوقع المقلد ان يكافأ سلوكه المقلد للنموذج والامثلة كثيرة ولا سيما التي يتعلمها الفرد من تقليد سلوك الاخرين وبخاصة اذا ما كوفئ النموذج، ان يتوقع الفرد المقلد ان يكافأ على سلوكه بسبب مكانة هؤلاء بالنسبة له، ورغبته في القيام بسلوك مرغوب فيه، وتوقعه للحصول على رضا الاخرين، ومنها اساليب التعامل الاجتماعي والمظهر العام، ومن هنا تأتي اهمية تقديم النماذج السلوكية المناسبة للاطفال حتى يتم تقليدها. فكل الناس يتعلمون بالملاحظة، فهم يلاحظون الاخرين ويقلدونهم ولا سيما عندما يكون السلوك جديداً بالنسبة لهم لم تتح لهم فرصة تعلمه في السابق، وان التقليد بحد ذاته سلوك، فبعض الاطفال يقومون به وبعضهم الاخر لا يستطيع القيام به وهؤلاء بحاجة الى ان يتعلموا كيف يقلدون الاخرين.

2. التشكيل

يعد اسلوب تشكيل السلوك (Shaping) من اساليب تعديل السلوك المعروفة التي يمكن توظيفها مع الاطفال العاديين وغير العاديين ففي هذا الاسلوب يتم تعديل سلوك الفرد تدريجيا حتى يحقق الفرد السلوك النهائي المتوقع منه وبمعنى اخر ان هذا الاسلوب يتضمن تحليل الهدف السلوكي الى مجموعة من الخطوات الفرعية او ما يسمى بأسلوب تحليل المهمة Task Analysis Procedcure ثم يتم تعزيز كل خطوة فرعية ناجحة، حتى يقترب الفرد من السلوك النهائي المتوقع تحقيقه. يقصد بالتشكيل عملية تدعيم التقريبات المتتابعة للسلوك النهائي، ومعنى ذلك ان يجزأ السلوك المرغوب الى وحدات صغيرة، إذ يمكن تغيير السلوك بهدوء في الوقت الذي يدعم فيه . ويعّرف التشكيل على انه الاجراء الذي يشتمل على التعزيز الايجابي المنظم للاستجابات التي تقترب شيئاً فشيئاً من السلوك النهائي بهدف احداث سلوك لا يوجد حاليا. ولقد بينت دراسات عديدة فعالية هذا الاجراء في تعليم سلوكات مختلفة. وقد استخدم المعالجون السلوكيون اسلوب التشكيل بشكل واسع في تدريب الاطفال والاشخاص على القيام بسلوكات مرغوبة.

3. التسلسل

هو الاجراء الذي نستخدمه عندما لا يكون السلوك موجوداً في ذخيرة الفرد السلوكية، فالتسلسل يتعامل مع سلوكيات موجودة لديه ولكنها تحدث على شكل حلقات منفصلة وليس على شكل سلسلة متتالية منتظمة. ويستند التسلسل الى تحليل المهارات (Task Analysis) وهي عملية تهدف الى تحديد:

* الخطوات اللازمة لتحقيق السلوك المستهدف.

*ومستوى الاداء الحالي.

ويذكر الخطيب ومنى (1994) ان تحليل المهارات يساعدنا في تحديد الخطوات الضرورية لتحقيق الاهداف المنشودة. وكل مهمة بسيطة كانت ام

معقدة، يمكن تجزئتها الى (الاجزاء الصغيرة التي تتكون منها، وصياغتها على شكل وحدات اجرائية من السهل تعلمها وترتيبها على نحو متسلسل). وتستند هذه الطريقة على ان السلوك الانساني يتكون من سلسلة من الاستجابات البسيطة التي ترتبط مع بعضها بوساطة تنبيهات تعمل كأشارات متميزة للسلوك وكمعززات في الوقت نفسه فعملية ارتداء الملابس مثلاً تتركب من اجزاء عدة. فالربط يعني وصل الحلقات في السلوك المعين بعضها ببعض.

4. التلقين والإخفاء Fading and Prompting

كثيراً ما يحتاج الانسان الى مساعدة اضافية او تلميحات من الاخرين يستطيع من خلالها تأدية السلوك على النحو المطلوب. وهذه المساعدات تسمى بالتلقين. فالتلقين هو اجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية اضافية ويهدف الى زيادة احتمالية تأدية السلوك المستهدف. ونقول مثيرات تمييزية اضافية من اجل تمييزها عن المثيرات التمييزية المتوافرة اصلا في البيئة. فالمثيرات التمييزية المساندة لا تصاحب السلوك في الغالب وأنما يزودها للشخص شخص أخر ولغاية معينة. وبمعنى اخر ان التلقين في الحقيقة هو حث الفرد على السلوك على نحو معين والتلميح له بأنه سيعزز على ذلك السلوك ويقسم التلقين على ثلاثة انواع هي:

أ. التلقين الجسدي Physical Prompts

ويشتمل على لمس الاخرين جسديا بهدف مساعدتهم على تأدية سلوك معين ومن الامثلة على هذا النوع من التلقين الأب الذي يمسك بيد ابنه ويقول (امسك القلم هكذا.ضع اصبعك هنا).

ب. التلقين اللفظي Verbal Prompts

وهو ببساطة تعليمات لفظية كقول الاب لابنه (قل الحمد لله) او (قل له شكراً عمو).

ج. التلقين الإيمائي Gestural Prompts

وهو تلقين من خلال الاشارة او بالنظر باتجاه معين او بطريقة معينة او رفع اليد...الخ.

اما الاخفاء Fading فهو الازالة التدريجية للتلقين بهدف مساعدة الطفل على تأدية السلوك المستهدف باستقلالية. ويتم عن طريق ذلك تحديد المثيرات التمييزية السائدة، ثم تحديد خطوات الاخفاء، فبعد ان تتضح بأن الاستجابة المستهدفة آصبحت تحدث بشكل متواصل من قبل الطفل نتيجة التلقين فهنا يمكن البدء باخفاء التلقين تدريجيا.

نظرية التعلم الاجتماعي (نظرية البحث الحالي)

بعد ان استعرضت الباحثة بعضاً من النظريات في موضوع البحث (النشاط المفرط) اعتمدت نظرية التعلم الاجتماعي اطاراً نظرياً للبحث، إذ ان هذه النظرية تعتمد التقليد والملاحظة في السلوك وعليه يرى الباحثون ان النشاط المفرط هو نوع من السلوك التقليدي الملاحظ.

تعد نظريات التعلم الاجتماعي من المعالم البارزة لتطور النظريات السلوكية المعاصرة لما تضمنته من تطبيقات خلاقة في ميدان تكنولوجيا تعديل السلوك. وقد تطورت هذه النظريات على ايدي ألبرت بندورا وتلميذه ريتشاردوولتر، وسكنر وجوليان وهاتزاينزك وغيرهم. نظرية التعلم الاجتماعي نظرية سلوكية لا تعتمد على التعزيز اعتماداً كلياً وانما ترى ان سلوك الطفل يتشكل بفعل تأثير الكبار وخاصة الاباء في الاطفال ومن خلال المكافأت والعقوبات وبشكل غير مباشر من خلال عمليات التقليد والنمذجة. يؤكد بارك Park ، وولترWalter ، وبندوراBandure على ان التعلم يحدث من خلال النموذج الاجتماعي او من خلال المحاكاة والذي يتم من خلال دعم ذاتي بدلا من الدعم الخارجي. فسلوك الفرد يتشكل من خلال محاكاة فرد اخر وذلك عندما يتلقى

دعماً ذاتياً كلما اقترب من النموذج. عرفت الجماعة السلوكية وعلى رأسهم باندورا Bandureبأسم اصحاب النظرية الاجتماعية في التعلم لتأكيدهم على الدور الذي تلعبه الملاحظة والنماذج او القدوة. وهناك اربع خطوات في عملية التعلم بالقدوة (النموذج) هي ملاحظة الاخرين، وتذكر السلوك الملاحظ، واسترجاع ما لوحظ، وتعديل السلوك بالقدوة في ضوء التغذية الراجعة. وفي هذه النظرية يتأمل الطفل المثير ويحلله في ضوء خبراته السابقة ومستوى ادائه المعرفي وقيمة المثير نفسه بالنسبة له قبل ان يستجيب له.

ويرى بندوراوولتر ان الناس يتعلمون اغلب سلوكياتهم من خلال النماذج المقدمة اليهم، إذ لا يمكن تعلم بعض انواع السلوك الا عن طريق تأثير النماذج ولعل اللغة هي افضل الامثلة على ذلك، إذ يتعلم الطفل الكلام من خلال سماعه للكلمات والعبارات والجمل. وقد وجد بندورا بأن نتائج التعلم عن طريق النموذج افضل من التعلم الاجرائي وخاصة اذا كانت الاستجابة المطلوبة جديدة او السلوك المراد اداؤه جديداً.

وقد أشار بندوراوولتر الى ما ينتج عن التعرض للنموذج كالاتي:

- تيسير او كبح لانماط الاستجابة المتعلمة من قبل اكتساب نمط جديد للاستجابة لم يكن معروفا من قبل الملاحظ.
- استدعاء استجابات شبيهة باستجابات النموذج مخزونة لدى الملاحظ.

وهناك نوعان من النماذج في ضوء حضور او غياب النموذج الاول وهو ما يطلق عليه بالنموذج الحي وهذا النموذج يكون موجوداً بالفعل في بيئة الملاحظ اما النموذج الثاني فهو النموذج الرمزي وهذا لا يكون موجوداً فعليا في بيئة الملاحظ بل يكون متضمناً من شخصيات القصص وبرامج السينما والتلفاز.

وقد اوضح كرميدلتزوثدرسين Krumboltz&Thoresen (1969) بأن النموذج او المثال يجب ان يكون مرموقاً جذاباً ذا تأثير قوي وسمعة حسنة وانه يمكن استعمال اساليب مختلفة لتوضيح هذه النماذج للعميل مثل تسجيل اشرطة

والفيديو والافلام والتمثيل. وقد اوضح بندورا (1965) بأن استجابات كثيرة يتعلمها الشخص بمجرد ملاحظة سلوك اشخاص اخرين وخاصة في حالة الاشكال الجديدة من السلوك، إذ تكون النمذجةلاغنى عنها للتعلم. ان فاعلية النمذجة بصفتها اسلوب يساعد الاطفال في تعديل السلوك غير المرغوب تتوقف على شروط:

1. وجود قدوة فعلية او شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب اكسابه للطفل. ويكون لهذا النموذج أثر في نفس الطفل كأن يكون من نفس سنهِ او جنسه او يكون من ذوي المكانة الاجتماعية المرموقة او من خلال عرض فيلم معين يظهر ذلك.
2. النموذج السلوكي او يعرض مجموعة من الصور المتسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات اداء ذلك السلوك. فلكي يتقن الطفل اداء سلوك معين عليه اولا ان يلاحظ هذا السلوك امامه.

فعرض صور قصصية متنوعة امام الطفل وسرد احداثها يؤدي به الى تدعيم انتباهه وعلى الصمت عند اللزوم وحسن الاستماع والمتابعة والتذكر والاسترجاع خاصة وهو يعيش في بيئة يسودها الدفء والقبيل المتبادل بينه وبين جماعة الاقارب.

وعندما يكافأ السلوك المعروض امامه فهو يميل الى ممارسة ما شاهده من سلوك مكافأ واذا تمت معاقبته فهو يميل الى الابتعاد عنه او عن السلوك المشابه. فأن الطفل مثلما يتعلم بهذه الطرق السلوك الحسن من افراد اسرته او من اقرانه في المدرسة فهو يكتسب من خلالها السلوك السيئ من اقرانه في المدرسة او من اسرته وبخاصة الاخرين فالعقاب او الثواب الذي يحصل عليه الطفل عند ملاحظة الأنموذج هو الذي يؤدي الى التعلم وقد يكون في كثير من الاحيان عاملاً مساعداً لاحداث التعلم ولكنه ليس الاساس لحدوث ذلك التعلم وتبدو وظيفة

النمذجة في تعديل بعض مظاهر السلوك غير السليمة لدى اطفال المدرسة وتعزيز مظاهر سلوكية سليمة اخرى.

وان نظرية المحاكاة لبندورا تشير الى ان عملية المحاكاة تلعب دوراً هاماً في تطوير عدد كبير من انماط السلوك الاجتماعي. وانماط السلوك الخاصة للجنس وتكمن اهمية هذه النظرية لدى الوالدين والمربين والمرشدين والمعلمين بما تقدمه لهم من نماذج عامة للتعلم وتعليمات دقيقة لتطبيق النموذج العام للتعلم في مواقف الحياة المتنوعة. وقد اكتسبت نظرية التعلم الاجتماعي لبندورا شهرة كبيرة لاثارتها لعدد كبيرة من البحوث فضلا عن توجيهها العملي للعاملين في مجال التربية والارشاد إذ تفيد نتائج الدراسات التي اجراها بندورا على نظريته لجماعات صغيرة من الاطفال انهم اكتسبوا السلوك العدواني من خلال تقليدهم العدوانيين وهذا يؤكد على امكانية تغيير السلوك بوساطة التقليد للنماذج القدوة من الافراد العاديين.

ان البيانات التي جمعها بندوراوولتر لنظرية التعلم الاجتماعي كانت للتعلم بالمشاهدة وان اعمار المفحوصين تراوحت من مرحلة ما قبل المدرسة الى الرشد وان نظرية التعلم تعتمد على اكثر العينات شمولاً وتساعد هذه الحقيقة على زيادة الثقة بعمومية النتائج التي توصل اليها. واذا كانت النمذجة هي الاسلوب الانسب التي نتعلم بها سلوكنا في الاصل والتي يجب ان تكون اسلوباً فعالاً لدرجة مساوية لتغيير السلوك. فهناك اساليب عديدة في تقنيات العلاج السلوكي الا ان اساليب العلاج العملية الناجحة كما يبدو وقد استخدمت من نظرية الشخصية تعتمد على اسس التعلم الاجتماعي.

ان التعلم بالملاحظة (Observational Learning) يلعب دوراً فريداً في نمو الشخصية. ففي نظريته (1983) المعدلة تنمو الشخصية من خلال عملية تسمى الحتمية المتبادلة (Reciprocal Determinism)، إذ ان العوامل الشخصية (Personal Factors)، والعوامل السلوكية والموقفية (Situational) تكون في

حالة من التفاعل المستمر لتحديد ما نفعله ونسلكه وما نفكر به. ويعطي اصحاب هذه النظرية عن طريق التقليد امثال دولارد وميلر اهمية كبيرة للتعزيز في عملية التعلم، والسلوك يتدعم او يتغير تبعاً لنمط مبدأ التعزيز المستخدم او العقاب. اما بندوراوولتر على الرغم من موافقتهما على مبدأ التعزيز في تقوية السلوك الا انهما يشيران الى ان التعزيز وحده لا يعد كافياً لتفسير تعلم او حدوث بعض انماط السلوك التي تطرأ فجأة لدى الطفل تشير نظرية التعلم الاجتماعي لبندوراوولتر الى ان الفرد يتعلم السلوك السوي من خلال ملاحظة سلوك الاخرين، وملاحظة نتائج هذا السلوك، فبدلاً من ان يتعلم سلوكاً معيناً خطوة خطوة، او أن يتعلم عن طريق المحاولة او الخطأ، فأنه يتعلم من خلال تقليد او محاكاة السلوك الناجح المتوافق للاخرين، كما ان الفرد يستطيع من خلال التعلم الاجتماعي بالمحاكاة تجنب السلوك الذي ينتج عنه العقاب او انعدام التعزيز. ووفقاً لهذه النظرية فأن الافراد يستطيعون تعلم استجابات جديدة عن طريق ملاحظة سلوك الاخرين وهؤلاء الاخرين يعدون من الناحية التقنية نماذج Models.

وان اكتساب الاستجابات من خلال مثل هذه الملاحظة يسمى التعلم بالنمذجة ويتضمن ملاحظة بعض انماط السلوك، ويلي اداء السلوك نفسه او سلوك مشابه له. ويرى بندورا أن المبادئ التي يتم من خلالها تعديل السلوك المرضي غير المتوافق هي نفسها مبادئ التعلم، ويعد التدريب على المهارات المعرفية والاجتماعية تستخدم انواعاً من الاستراتيجيات، فضلا عن النمذجة كالتعليمات والتغذية الراجعة، ولعب الادوار، والتعزيز.

أشكال التعلم بالملاحظة

لتعلم بالتقليد (Imitation)

يطلق على التعلم بالانموذج التعلم بالتقليد عندما ينصب الاهتمام على تقليد جوانب السلوك دون فهم. وهذا ما يحدث حين تؤثر الشخصيات التلفزيونية في ترويج البضائع غير المحببة مثل (الكحول - السكائر) للافراد.

التعلم بالملاحظة (Observation)

ويطلق على التعلم بالانموذج التعلم بالملاحظة حينما ينصب الاهتمام على المثيرات البيئية ويتم دراسة العوامل المؤثرة في الادراك لتحديد ما يؤثر على الانتباه للانموذج (ومن ثم ملاحظته).

التعلم الاجتماعي (Social Learning)

اعطاء اهمية للدور الذي يلعبه الافراد في اثناء تفاعلهم الاجتماعي مع بعضهم البعض في عملية التعلم الاجتماعي.

التعلم المتبادل (Vicarious Learning)

يستخدم عندما لا يستطيع الملاحظ تحديد نوع السلوك ولكنه يستطيع تحديد ما يترتب عليه من نتائج وتساعد نتائج السلوك في تحديد ما اذا كان الملاحظ سيقوم بالتقليد ام لا.

ان التعلم بالنموذج يشير الى ان في امكان الفرد ان يتعلم من خلال ملاحظته لنموذج محبب له يختاره هو ثم يحاول تقليده مستقبلا. ان التعلم بالنمذجة لا يتطلب من الفرد ممارسة ما تعلمه فوراً بعد مراقبة النموذج بل يكفي ان يشاهد النموذج. ويذكر بندورا ان هناك العديد من الصفات التي يجب ان تتوفر في النموذج حتى يكون ذا أثر.

آليات التعلم بالملاحظة

لقد حدد بندورا اربع عمليات لتفسير الحدث التعليمي وهي:

الانتباه Attention

ان النمذجة لا يمكن ان تحدث ما لم ينتبه الملاحظ للنموذج. ويصغي له بدقة ادراكية كافية لاكتساب المعلومات الضرورية لاستخدامها في تقليد النموذج. لاننا في الواقع ننتبه لبعض النماذج والمواقف ونهمل الاخرى. مما يتطلب توفر بعض المواصفات في النموذج، لان الاطفال يكونون اكثر انتقالية في اختيار النماذج التي يقلدونها والتي لخصها بيرجن Berging في:

أ. ان مجموعة الاقران او الوسط الاجتماعي له تأثير بالغ في اتمام عملية التقليد.

ب. ان استخدام التوجيه اللغوي او الرمزي او كليهما يساعد على تسهيل عملية التقليد.

ج. ان النماذج التي تتميز بالدفء والاشباع العاطفي يتم تقليدها اكثر من نقيضها.

د. ان احتمالات حدوث تقليد تزداد اذا ما ازدادت نسبة التماثل والتشابه بين النموذج والشخص المتعلم.

هـ. ان الاطفال يميلون اكثر الى تقليد النماذج التي من سلطتها الضبط وتوزيع المكافآت.

الاحتفاظ Retention

ما لم يكن الملاحظ مقلداً لسلوك النموذج حال حدوثه فعليه ان يتذكر كل الجوانب المهمة في السلوك المعروض عليه. فاذا لم يتمكن من تذكر السلوك فأنه لن يستطيع تقليده او الاحتذاء به بعد عدة ايام او عدة دقائق احيانا

ممــا يتطلــب مــن الملاحــظ اجــراء عمليــة ترميــز Coding والاعــادة Rehearsal للمساعدة في عملية التذكير والاحتفاظ والترميز اما ان يكون تصورياً او لفظياً.

الأداء Performance

لابد من ترجمة السلوك والتمثيل السابق الى سلوك صريح أي عمليات الاداء الحركي. لان الملاحظة لوحدها لا تكفي لبلوغ اداء ماهر يتصف بالتآزر. اذ لابد من اداء الحركات واستلام تغذية مرتدة لتصحيحها من اجل تعديل السلوك او صقله.

الدافعية Motivation

تتأثر عملية الدافعية بالتعزيز الخارجي والتعزيز البديل والتعزيز الذاتي. أن التعلم الذي يتم بالملاحظة يظهر بنفسه في سلوك ظاهر معتمداً في ذلك على تواجد ظروف الباعث الضرورية آي لابد من توفر ظروف باعثة مناسبة حتى يمكن اداء الاستجابة المتكسبة. ولكي يتم تقويم وتفسير الحدث التعليمي لابد للشخص من ان ينتبه للملامح الرئيسة المناسبة لعمل النموذج (عملية الانتباه) وان يحتفظ بعد ذلك بالاحداث الملاحظة على شكل رمزي لاسترجاعها في المستقبل (عملية الحفظ) وان يكون لديه القدرة الجسمية لاعادة اصدار المعلومات المحفوظة (عملية اعادة الاستخراج الحركي) واخيرا ان يكون لديه الحافز لاداء سلوك النموذج المتحدي (العملية الدافعية).

المصادر

أولاً: المصادر العربية:

1. القرآن الكريم.
2. ـ (1978). **الأحلام**. عرض وتقديم مصطفى غالب. بيروت، منشورات مكتبة الهلال.
3. ـ (1978). **محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي**. ترجمة أحمد عزت راجح، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
4. ـ (1980) **نظرية الأحلام**، ترجمة جورج طرابيشي، بيروت، دار الطليعة للطباعة والنشر.
5. ـ (1982). **مقدمة في علم النفس لطلبة كليات الطب**. الموصل، وزارة التعليم العالي، جامعة الموصل.
6. ـ (1983). **معالم التحليل النفسي**. ترجمة محمد عثمان نجاتي، ط5، القاهرة، دار الشروق.
7. ـ (1983). **في الفلسفة الاسلامية، منهجه وتطبيقه**، الجزء الأول، ط3، القاهرة، دار المعارف، مكتبة الدراسات الفلسفية.
8. ـ (1985). **علم النفس الفسيولوجي. دراسة في تفسير السلوك الإنساني**، الأسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
9. ـ (1987). **الصحة النفسية. دراسات في سايكولوجية التكيف**. ط2، القاهرة، مكتبة الخانجي.
10. ـ (1988). **الشخصية بين التنظير والقياس**. وزارة التعليم العالي، جامعة بغداد، مطبعة التعليم العالي.

11. ـ (1988). **ذخيرة علوم النفس**. القاهرة، الدار الدولية للنشر والتوزيع.

12. ـ (1990). **ابواب العقل الموصدة - باب النوم باب الاحلام**. بغداد، دار واسط.

13. ـ (1995). **الموسوعة النفسية في حياتنا اليومية**. القاهرة، مكتبة مدبولي.

14. **ـ(2000) الصحة النفسية، بيروت المركز المغربي ص62**

15. (2002) : **طفلك عدواني لا تنزعجي**.

16. (2004): **نمو وتطور الطفل في السنوات المدرسة الأولى بين(6- 12) سنة**، مجلة أثرا، العدد (10). www.Athra.com

17. ـــــــ (2001): "**نشاط طفلك الزائد ليس دليلا على حيويته**"، (الانترنيت).

18. ـــــــ (2003): "**المشكلات التي يعاني منها الاطفال في المراحل الدراسية وطرق العلاج**"، (الانترنيت).

www.al-jazerah.com.salmagazine/22/02/2002/htm

19. أبو الرب، يوسف (2001): "**التنشئة الاجتماعية للطفل**"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط (أ).

20. ابو النيل، محمود السيد (1980). **الاحصاء النفسي والاجتماعي**. ط3 مكتبة الخانجي، القاهرة.

21. أبو صهيب، فوزي (2003): "فرط النشاط لدى الاطفال"، **مجلة شبكة الخليج**، الانترنيت.

22. ابو النجا، جبر(1990). **التوافق النفسي والاجتماعي للطفل الفلسطيني في دول الاغتراب**، رسالة ماجستير، كلية علوم التربية- جامعة محمد الخامس بالرباط(المغرب).

23. ابو جادو، صالح محمد علي.(2000) **علم النفس التربوي**.ط2.دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان. الاردن

24. اثناسيوس، زكريا زكي والبياتي، عبد الجبار توفيق (1977). **الأحصاء الوصفي والأستدلالي في التربية وعلم النفس**. بغداد، الجامعة المستنصرية، بغداد.

25. احمد، محمد عبد السلام (1960). **القياس النفسي والتربوي**. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

26. الحكيم، رابية (2004): (**العنف بين الأطفال**).

www.childguidanceclinice.com/newpag.htm

27. الاسدي، آمال محسن عليوي (1998). **الصحة النفسية وعلاقتها بالابداع لدى الفنان العراقي**. بغداد، الجامعة المستنصرية، كلية الاداب، رسالة ماجستير غير منشورة.

28. اسعد، ميخائيل ابراهيم (1977). **علم الاضطرابات السلوكية**. بيروت، الاهلية للنشر والتوزيع.

29. اسماعيل، احمد السيد احمد.(1995). **مشكلات الطفل السلوكية واساليب معاملة الوالدين**.الاسكندرية دارالفكر الجامعي.

30. الأصفر، احمد (2003) : **العدوانية عند الأطفال** (من الانترنيت).

31. الامارة، أسعد مجدي شريف (1995): "**علاقة الضغوط والتعامل معها بالخصائص العصابية لدى طلبة الجامعة**"، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، المستنصرية.

32. باترسون، س. هـ(1981). **نظريات الارشاد والعلاج النفسي**. ترجمة د. حامد عبد العزيز الفقي، الكويت، دار القلم.

33. باولبي، جون(1959). **رعاية الطفل وتطور البحث**. ترجمة محمد خيري. مصر: دار المعارف.

34. بخش، أميرة (2002): **فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارة التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحيديين**، مجلة العلوم التربوية، جامعة القطر، كلية التربية، العدد (7).

35. برنهارت، (1959). **علم النفس في حياتنا العملية**. ترجمة د. ابراهيم عبد الله محي، بغداد، مكتبة أسعد.

36. **بكداس، كمال (2000) مدخل الى علم النفس التجريبي، دار الطليعة، بيروت**

37. بندر، لويس كارو (1996). **دراسة مقارنة في التفكير الابتكاري والتوافق النفسي والاجتماعي**. اطروحة دكتوراه، كلية التربية ابن رشد – جامعة بغداد.

38. **بيك ارون (2000): العلاج المعرفي الاضطرابات الانفعالية، القاهرة، دار الافاق العربية.**

39. بيك. أرون (2000). **العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية**، ترجمة عادل مصطفى، دار الآفاق العربية.

40. **التربية، الجامعة المستنصرية.**

41. توق، محي الدين وآخرون(2001) **اسس علم النفس التربوي**، ط1 ، عمان دار الفكر.

42. جابر، جابر عبد الحميد والشعبيني، محمد مصطفى (1963). **علم النفس التعليمي والصحة النفسية**. ط2، القاهرة، دار النهضة العربية.

43. الجادري، عبد المناف حسين (1990). **الطب النفسي للجميع**. بغداد : وزارة الثقافة والاعلام، الدار الوطنية للنشر والتوزيع، سلسلة كتاب الثقافة العلمية.

44. جار الله سليمان(2004)، **الاضطرابات النفسية ما بعد الضغوط الصدمية**. مجلة حياتنا النفسية. www.hayahtnafs.com

45. جاسم،أحمد لطيف (2000)، **بناء برنامج علاجي للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية للمصابين بالرهاب الاجتماعي**،أطروحة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب، جامعة بغداد

46. جامعة بغداد ، شعبة التخطيط والمتابعة. **أحصائية بعدد طلبة جامعة بغداد للعام الدراسي (2000- 2001)**.

47. الجبوري، محمد محمود عبدالجبار (1990): **الشخصية في ضوء علم النفس**، بغداد: مطبعة دار الحكمة.

48. جزين، جورج هنري (1950). **احلام اليقظة**. ترجمة ابراهيم حافظ، ط1 ، مطبعة لجنة البيان العربي.

49. الجعفري، فاطمة احمد سلمان. (2003) **الحرمان العاطفي من الابوين وعلاقته بمفهوم الذات والتوافق الاجتماعي**.(رسالة ماجستير) بغداد، جامعة بغداد، كلية التربية للبنات.

50. جلال، سعد (1985). **القياس النفسي - المقاييس والاختبارات**. القاهرة، دار الفكر العربي.

51. الجمعان، صفاء عبدالزهرة (2001): "**مخاوف الاطفال في مرحلة الدراسة الابتدائية**"، كلية الاداب، الجامعة المستنصرية، رسالة ماجستير غير منشورة.

52. جمعة، حمودة بن فرج (2001): "**اثر برنامج ارشادي في تنمية المهارات الاستقلالية لدى الاطفال المتخلفين عقليا**"، كلية التربية، الجامعة المستنصرية، رسالة ماجستير غير منشورة.

53. الجنابي، شروق كاظم (1991). **قياس الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة**. بغداد، الجامعة المستنصرية، كلية الاداب، رسالة ماجستير غير منشورة.

54. الجنابي، جوري معين علي(2002) **التوافق النفسي الاجتماعي لطفل الروضة وعلاقته ببعض المتغيرات بالام في اثناء الحمل والولادة** (رسالة ماجستير) بغداد، جامعة بغداد، كلية التربية للبنات.

55. جورارد، سيدني م. وتيد لندزمن (1988). **الشخصية السليمة**. ترجمة موفق الحمداني وحمد دلي الكربولي، جامعة بغداد، مطبعة التعليم العالي.

56. **جياوي، سيروان عبدالله صالح (2000) اثر برنامج حمعي في تعديل السلوك لخفض بعض اشكال الوساوس القهرية رسالة ماجستير غيرمنشورة العراق جامعة بغداد كلية التربية /ابن رشد**

57. الحافظ، نوري (1981). **المراهق - دراسة سيكلوجية**. بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

58. حامد، جمال (2003): "**قد تعود الى اسباب وراثية او بيئية (شقاوة الاطفال)، قد تكون ظاهرة مرضية تحتاج الى علاج**"، **مجلة الوطن**، العدد (992)، السنة (31).

59. حبيب، جاسم كريم (1982) **ملاحظات في سايكولوجيا الحرب**. مطبعة عصام.بغداد

60. حبيب، مجدي (1991). **القلق العام والخاص، دراسة عاملية لاختبارات القلق**. بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية. الانجلو المصرية، القاهرة.

61. حجيلي، منصور (1992. اطفال الحرب اللبنانية. **مجلة الثقافة النفسية**، العدد الثاني عشر، المجلد الثالث، ت 1 (72 – 75)

62. حسن، محمد حسن عمران (2003): المشاغبة في الصف المدرسي.
www.almualem.net/saboora/viewthread/php/=2555

63. حسن، رباب حمودي (2001) : **اثر العلاج بالموسيقى لخفض القلق لدى طلبة الجامعة**. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.

64. حسونة، غالية المشا. (2002). **أنماط العزو وعلاقتها بالنمط السلوكي (أ) و(ب)**. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية - جامعة دمشق.

65. حسين، ثريا علي (1999). **اثر بعض المتغيرات في التخيل**. بغداد، جامعة بغداد، كلية الاداب، رسالة ماجستير غير منشورة.

66. الحسيني، هدى (2000): "**المرجع في الارشاد التربوي**"، الدليل الحديث للمربي والمعلم، اكديميا، بيروت.

67. الحفني، عبد المنعم (1978). **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**. ج1، القاهرة، مكتبة مدبولي.

68. حلو، علي حسين(1989). **تغيير اتجاهات معوقي الحرب نحو انفسهم** (رسالة ماجستير) بغداد، جامعة بغداد، كلية الآداب.

69. حمزة، كريم محمد (1994) **الاسر والاسير دراسة في عملية تغيير وتعزيز هوية الاسرى العراقيين في ايران**. (اطروحة دكتوراه)، جامعة بغداد، كلية الآداب.

70. الحوري، مثنى طه وسعاد مجيد سهيل (2000). **قياس قدرة طلبة الكليات الاهلية على التكليف الاجتماعي**، مجلة كلية المامون الجامعة، العدد 2، بغداد، جمهورية العراق.

71. الخالدي، اديب محمد علي، وخلف، ياسين محمد (1990): "العلاقة بين مستوى التحصيل الدراسي واتجاهات الآباء في التنشئة لدى طلبة المرحلة المتوسطة"، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد (15)، بغداد.

72. الخطيب، جمال (1995). **تعديل السلوك الإنساني**. الكويت، مكتبة الفلاح

73. الخواجه، جاسم محمد (2000). **علاقة الضغوط النفسية بالإصابة بالسرطان**. مجلة الثقافة النفسية، لبنان: دار النهضة.

74. الخولي، وليم (1976). **الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي**، دار المعارف بمصر.

75. دافيدوف، لندا. ل (1983) **مدخل علم النفس**. ترجمة سيد الطواب وآخرين، الرياض، دار ماكجروهيل للنشر.

76. دباينة، ميشيل ونبيل محفوظ (2001): "**سيكولوجية الطفولة**"، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

77. دباينة، ميشيل ونبيل محفوظ(2001): سيكولوجية الطفولة، دار المستقبل للنشر والتوزيع. عمان الأردن

78. الدباغ، فخري (1974). **أصول الطب النفساني**. الموصل، جامعة الموصل.

79. دسوقي، كمال(1974). **علم النفس ودراسة التوافق**. بيروت، دار النهضة العربية.

80. **الدوسري، صالح جاسم (1985) الاتجاهات العلمية في تخطيط برامج التوجيه والارشاد، رسالة الخليج العربي العدد 15 السنة 5 ص 235-285**

81. راشد، عدنان غائب (2002): سيكولوجية الطفولة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.

82. راشد، عدنان غائب (2002): "**سيكولوجية الطفولة**"، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، ط (1).

83. ربيع، محمد شحاته (1986). **تاريخ علم النفس وتطوره**. القاهرة، دار الصحوة للنشر والتوزيع.

84. **الرحو، جنان سعيد احمد(2001)، اثر برنامج علاجي نفسي لتخفيف الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة، أطروحة دكتوراه(غير منشورة)كلية التربية جامعة بغداد**

85. الرحيم، احمد حسن (1995). **تفسير الأحلام في التراث العربي الأسلامي**. وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة بغداد، مركز البحوث التربوية والنفسية.

86. رزوق، اسعد (1977). **موسوعة علم النفس**، بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

87. رشيد، ازهار هادي (1995). **دور الدولة والاسر البديلة واثرهما على الصحة النفسية للايتام**. بغداد، الجامعة المستنصرية، كلية الاداب، رسالة ماجستير غير منشورة.

88. **الرشيدي، بشير صالح وراشد علي السهل (2000) مقدمة في الارشاد، مكتبة الفلاح الكويت**

89. رضوان، سامر جميل (2001) **دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق الاجتماعي على عينات سورية**، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، السنة العاشرة، العدد19.

90. رمزي، اسحق (1952). **علم النفس الفردي**. اصوله وتطبيقه. القاهرة، دار المعارف.

91. الروسان، فاروق (2000): "**سيكولوجية الاطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة**"، دار الفكر للطباعة والنشر، الاردن، عمان، ط (2).

92. رؤوف، ابراهيم عبد الخالق (2001): **التصاميم التجريبية في الدراسات النفسية والتربوية**، عمان، الاردن: دار عمان للنشر والتوزيع.

93. الرويتع، عبدالله صالح (2002): "اضطراب قصور الانتباه/النشاط الزائد"، **مجلة الطفولة والتنمية**، العدد (6)، مجلد(2).

94. الزبيدي، كامل علوان (2000) **الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا المهني والصحة النفسية لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعة**. جامعة بغداد، كلية الآداب، إطروحة دكتوراه غير منشورة.

95. الزبيدي، كامل علوان (2000). **الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا المهني والصحة النفسية لدى اعضاء هيئة التدريس في الجامعة**. اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الاداب، جامعة بغداد.

96. الزبيدي، كامل علوان والهزاع، سناء مجول (1997). بناء مقياس للصحة النفسية لطلبة الجامعة، بحث منشور، **مجلة العلوم التربوية والنفسية**، العدد(22)، بغداد.

97. زهران، حامد عبد السلام (1977) **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط2، القاهرة، عالم الكتب.

98. **زهران، محمد حامد (2000)، إرشاد الصحة النفسية، القاهرة، عالم الكتب**

99. الزوبعي، ناصر هراط فارس (1999) **الصحة النفسية وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي لدى طلبة الجامعة**. بغداد، جامعة بغداد، كلية الاداب، رسالة ماجستير غير منشورة.

100. الزيادي، أحمد محمد والخطيب، هشام (2001) **مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي**، عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.

101. الزيادي، محمود (1972) **اسس علم النفس العام**، القاهرة، مكتبة سعيد رأفت.

102. زيدان، محمد مصطفى (1974) **علم النفس**، القاهرة، عالم الكتب.

103. زيعور، علي (1984) **مذاهب علم النفس** ط5، بيروت، دار الأندلس للطباعة والنشر والتوزيع.

104. **سري، اجلال محمد(2000)، علم النفس العلاجي، القاهرة، عالم الكتب**

105. سعيد، ابو طالب محمد (1990). **علم النفس الفني**. وزارة التعليم العالي، جامعة بغداد.

106. سعيد، وفاء كمال (2000): **الاتساق في الالتزام الخلقي بين الموظف وبعض المؤسسات الاجتماعية**، رسالة ماجستير غير منشورة لجامعة المستنصرية.

107. سليم، أنور(2004): **ضبط ومواجهة مشكلات الطلاب من الجانب النظري** (من الانترنيت).

108. سليمان، عبد الله محمود (2000): **نحو تعريف اجرائي لعلم النفس الارشادي وتطبيقاته**، مجلة شؤون اجتماعية، العدد (66) السنة (17)، الشارقة، الامارات العربية المتحدة،.

109. سليمان، عبدالرحمن سيد (2002): "سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة"، **مجلة الطفولة والتنمية**، العدد (7)، مجلة (2).

110. سمير، مشير (2005). مستويات النمو وأزمات الحياة (نظرية اريكسون).
WWW.Arabic.christia_counseling.com.cairo.Egypt.

111. سمين، زيد بهلول (1997). **الامن والتحمل النفسيان وعلاقتهما بالصحة النفسية**. بغداد، الجامعة المستنصرية، كلية الاداب،أطروحة دكتوراه غير منشورة.

112. السويد، عبدالرحمن (2003): "**ذوي الاحتياجات الخاصة، الاعاقة النفسية**"، (الانترنيت).

113. سوين، ريتشارد. م (1988). **علم الامراض النفسية**، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، ط1، الكويت، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

114. السيد، فؤاد البهي (1958) **علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري**، ط1، دار الفكر العربي.

115. سيفرين، فرانك ن (1978). **علم النفس الانساني**. ترجمة طلعت منصور وعادل عز الدين وفيولا الببلاوي. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

116. الشابندر، معمر خالد (1968). **الامراض النفسية الشائعة**. بغداد، مطبعة المعارف.

117. الشاذلي، عبد الحميد محمد (2001): **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**، ط2، الاسكندرية، مصر: المكتبة الجامعية.

118. الشاذلي، عبدالحميد محمد (2001): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الطبعة الثانية، أسوان: المكتبة الجامعية.

119. الشربيني، زكريا وبصرية صادق (2000): "**تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته**"، دار الفكر العربي، القاهرة.

120. الشرقاوي، أنور محمد (1997): **انحراف الأحداث**، القاهرة، دار الثقافة للطباعة والنشر.

121. شقير، فائق و آخرون(2000): مقدمة في الاحصاء، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

122. **شلبي، أمينة ابراهيم (2002) بروفيلات أساليب التفكيرلطلاب التخصصات الأكاديمية المختلفة من المرحلة الجامعية، دراسة تحليلية مقارنة، القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية**

123. شلتز، دوان (1983) **نظريات الشخصية**. ترجمة حمد دلي الكربولي وعبد الرحمن القيسي، بغداد، مطبعة جامعة بغداد.

124. الشماع، صالح (1950) **المدخل الى علم النفس**، بغداد، مطبعة جامعة بغداد

125. الشمري، كريم عبد ساجر (2000). **وعي الذات وعلاقته بالتوافق المهني**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاداب، جامعة بغداد.

126. الشناوي، محمد محروس (1994). **نظريات الارشاد والعلاج النفسي**، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

127. الشيخ، رواء ناطق صالح نوري(2002) **بعض الأعراض المصاحبة لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وعلاقتها ببعض المتغيرات** (لدى الأسرى العراقيين العائدين). رسالة ماجستير كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.

128. صالح، قاسم حسين (1987). **الانسان من هو ؟** بغداد، وزارة التعليم العالي، جامعة بغداد.

129. صالح، قاسم حسين. (2000). **التفكير الاضطهادي وعلاقته بأبعاد الشخصية**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بغداد.

130. صالح، قاسم حسين (2000): **النمو الاخلاقي في المنظور المعرفي**، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد (37)، ايلول، كلية الاداب، جامعة بغداد.

131. صالح، قاسم حسين (2002) **اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية**. مجلة الثقافة النفسية العدد التاسع والأربعون – المجلد الثالث عشر، ك2 (1 – 25) (**File://A:\psyinterdisc-com.htm**)

132. الصالحي، نهلة عبودي (2000): "**أثر برنامج ارشادي في تعديل سلوك الاطفال ذوي النشاط المفرط في المرحلة الابتدائية**"، كلية التربية، الجامعة المستنصرية، رسالة ماجستير غير منشورة.

133. الصبوة، محمد نجيب(2000) **مراجعة نظرية- نقدية لأثر الصدمات النفسية.**

134. الصفار، بان صباح يحي (2001) **أثر التعليم الاشتراطي في تحوير سلوك التعلق النفسي لطفل الروضة.** رسالة ماجستير، جامعة بغداد، كلية التربية للبنات.

135. صليبا، جميل (1971). **المعجم الفلسفي.** بيروت، دار الكتاب اللبناني.

136. الطارق، علي سعيد احمد (1996). **أساليب السلوك القيادي لدى كبار موظفي الدولة في اليمن وعلاقتها بالصحة النفسية لمرؤوسيهم (دراسة ميدانية).** بغداد، جامعة بغداد، كلية الاداب، أطروحة دكتوراه غير منشورة.

137. الطائي، محمد إسماعيل خلف (2000) : بناء برنامج تعليمي لتنمية التفكير الإبداعي في النشاط التمثيلي، اطراوحة دكتوراه غير منشور، كلية الفنون الجملية، جامعة بغداد.

138. الطائي، سمر علي كشيش(2003): "فاعلية برنامج الاقتصاد الرمزي في تعديل السلوك غير المرغوب فيه لدى تلامذة المدرسة الابتدائية"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بغداد، كلية التربية (ابن رشد).

139. **طلبة الجامعة. (رسالة ماجستير غير منشورة) كلية التربية، الجامعة المستنصرية، 2000.**

140. الطويــــل، عـــزت عبـــد العظـــيم(2003): ســـيكولوجية العدوان. www.elzyam.com/aggression.htm

141. الطيب، محمد عبد الظاهر (1989). **تيارات جديدة في العلاج النفسي.** الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

142. عاقل، فاخر (1988). **معجم العلوم النفسية.** بيروت، دار الرائد العربي.

143. العاني، أيسر فخري رحومي (2001): بناء مقياس النزعات العصابية لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية/ ابن رشد، جامعة بغداد.

144. عبد الخالق، أحمد محمد (2000). **نمط السلوك (أ) وعلاقته بالقلق.** مجلة الثقافة النفسية، بيروت، المجلد العاشر، العدد الأول.

145. عبد الرحمن، سعد (1983). **القياس النفسي**، ط1، الكويت، مكتبة الفلاح.

146. **عبد الرحمن، محمد السيد (2000)، علم الأمراض النفسية والعقلية – الأسباب–الأعراض–التشخيص–العلاج، ج1، القاهرة دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع**

147. عبد الرحمن، محمد السيد(2000) **علم الامراض النفسية والعقلية.** موسوعة الصحةالنفسية الكتاب الأول الجزء الاول، دار قباء للتوزيع والنشر، ط1. ابن خلدون، عبد الرحمن بن محمد بن خلدون، 1989، مقدمة ابن خلدون، ط7.

148. عبد الغفار، عبد السلام (1975). **مقدمة في علم النفس العام**، ط1، القاهرة، دار النهضة العربية.

149. عبد الغفار، عبد السلام وفراج، عثمان لبيب (1966). **الشخصية والصحة النفسية**. بيروت، مكتبة العرفان.

150. عبد الهادي، جودت عزت (2000): نظريات التعلم وتطبيقاتها التربوية، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر، الأردن.

151. عبد الوهاب، د. ممتاز(2001)**القلق والأكتئاب بداية المعاناة مع المرض النفسي**. كتاب الهلال الطبي، دار الهلال.

152. عبدالله، الهام خطاب (2003): "**متلازمة الطفل في النشاط المفرط**"، بحث منشور، (الانترنيت).

153. عبدالله، محمد قاسم (2000): "**الشخصية استراتيجياتها، نظرياتها**"، دار المكتبي للطباعة والنشر، سورية، حلب، ط (1).

154. عبيد، ماجدة السيد (2000): "**تعليم الاطفال ذوي الحاجات الخاصة**"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط (1).

155. العبيدي، محمد ابراهيم محمود(2003) **أثر العلاج النفسي- الديني في اضطراب ما بعد الصدمة النفسية** (اطروحة دكتوراه) جامعة بغداد، كلية التربية، ابن رشد.

156. العتابي، عبدالله مجيد حميد (2001): موقع الضبط وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية لدى طلبة المرحلة المتوسطة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية/ ابن رشد، جامعة بغداد.

157. **عثمان، فاروق السيد (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، 2000.**

158. العزة، سعيد حسني (2000): **الإرشاد الأسري**، الطبعة الأولى، عمان، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

159. العطية، عبد الله محمد(2002) فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في حفظ بعض اضطرابات القلق الشائعة لدى عينة من الأطفال بدولة قطر، **مجلة مركز البحوث التربوي** العدد21، قطر.

160. العظماوي، ابراهيم كاظم (1984). **مبادئ الطب النفسي**. بغداد، الهيئة العامة للتعليم والتدريب الصحي، وزارة الصحة.

161. عكاشة، احمد (1969). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

العكايشي، بشرى احمد جاسم. قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات لدى

162. علي، الهام فاضل عباس (2001). **الصحة النفسية وعلاقتها بموقع الضبط والجنس والعمر لطلبة المرحلة الثانوية**. بغداد، جامعة بغداد، كلية التربية (ابن رشد)، رسالة ماجستير غير منشورة.

163. علي، وائل فاضل. (1994). **نمط الشخصية والضغوط النفسية وتأثيرها على حدوث الجلطة القلبية**. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية، بغداد.

164. عمر، أحمد أحمد متولي(2002): " اثر ارشاد الوالد في خفض درجة السلوك العدواني ورفع درجة التوافق لدى الأطفال المساء معاملتهم"، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، المجلد الأول، العدد(31).

165. العناني، عبد الحميد. (2000). **الصحة النفسية**. عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

166. العنزي، علاء الدين (2001): **الشخصية الاضطهادية وعلاقتها بدافع الإنجاز الدراسي لدى طلبة جامعة الموصل**، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية/ ابن الهيثم، جامعة بغداد.

167. عودة، أحمد سليمان وخليل يوسف الخليلي(2000) **الاحصاء للباحث في التربية والعلوم الانسانية**. ط2، دار الامل للنشر والتوزيع، الاردن.

168. عوض، محمد (2001). **أمراض السرطان والتغذية**. اليمن، صنعاء : مكتبة الجيل الجديد.

169. عيسوي، عبد الرحمن (1985) **القياس والتجريب في علم النفس والتربية**، بيروت، الدار الجامعية.

170. غازدا، جورج وكورسيني، ريموند جي (1986). **نظريات التعلم (دراسة مقارنة)**، ترجمة د. علي حسين حجاج ود. عطية محمود هنا، ج2، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

171. غالب، مصطفى (1983). **تطور المعالجة النفسية عبر القرون**. بيروت، مكتبة الهلال.

172. الغامدي، حسين عبد الفتاح(2003): وجهة نظر روبرت سلمان في النمو الاجتماعي(الأخلاقي): تبني النظرية. www.pdffactory.com

173. الغامدي، حسين عبد الفتاح(2005) نظرية اريكسون: علم نفس الأنا النمو النفسي الاجتماعي www.pdffactory.com

174. الغامدي، هناء (2003): "الاطفال ذوي النشاط المفرط"، **مجلة واحة المرأة**، (الانترنيت).

فاروق السيد عثمان. القلق وادارة الضغوط النفسية، ط 1، القاهرة : دار الفكر

175. فتاح، أياد نوري(2000) **الصحة النفسية – كراس أطباء الرعاية الصحية الأولية**، تأليف مجموعة من الخبراء، بغداد، ط1.

176. فرج، صفوت (1980). **القياس النفسي**، القاهرة، دار الفكر العربي.

177. فرحان، محمد جلوب (1989). **دراسات في فلسفة التربية**، الموصل، وزارة التعليم العالي، جامعة الموصل.

178. فروم، اريك (1990). **الحكايات والاساطير والاحلام**. اللاذقية، سوريا، دار الحوار للنشر والتوزيع.

179. فرويد، سيجموند (1957). **حياتي والتحليل النفسي**. ترجمة مصطفى زيور وعبد المنعم المليجي، مصر، دار المعارف.

180. فرويد سيجموند وآخرون (1976) **علم النفس والنظريات الحديثة**. ترجمة فارس متري ظاهر، بيروت، دار القلم.

181. فهمي، مصطفى (1979). **التوافق الشخصي والأجتماعي**. القاهرة، مكتبة الخانجي.

182. فيركسون، جورج (1991). **التحليل الاحصائي في التربية وعلم النفس**. ترجمة هناء العكيلي، بغداد، الجامعة المستنصرية.

183. القوصي، عبد العزيز (1956). **أسس الصحة النفسية**، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

184. كاشدان، شيلدون (1977). **علم نفس الشواذ**، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، الكويت، دار القلم.

185. الكبيسي، طارق فحل واخرون. (1995) **الضغوط النفسية والاضطرابات النفسية والمصاحبة لها في العراق**.(دراسة اولية) مركز البحوث النفسية وزارة التعليم العالي، بغداد.

186. الكبيسي، ناطق فحل.(1998) **بناء مقياس لاضطراب مابعد الضغوط الصدمية** (رسالة ماجستير) الجامعة المستنصرية.كلية الآداب.

187. كفافي، علاء الدين (1990) **الصحة النفسية**، الطبعة الثالث، القاهرة. هجر للطبع والنشر والتوزيع والاعلان.

188. كمال، علي (1983). **النفس انفعالاتها وامراضها وعلاجها**، ط3، بغداد، دار واسط للدراسات والنشر والتوزيع.

189. المالح، احسان (2001): "**الطب النفسي والحياة**"، دار الاشراق، دمشق، الجزء (3).

190. **مجلة الثقافة النفسية**- العدد الرابع والاربعون - المجلد الحادي عشر ت1 - سبتمبر.

191. محمد سعيد، بيريفان عبد الله(2002):فاعلية برنامج مقترح بالالعاب التعاونية في تقليل السلوك العدواني لدى اطفال ما قبل المدرسة، كلية التربية الرياضية، جامعة الموصل

192. **محمد، عادل عبد الله(2000)، دراسات في الصحة النفسية، الهوية، الاغتراب، الاضطرابات النفسية، القاهرة، دار الرشاد**

193. محمد، محمد جاسم(2004): علم النفس التربوي وتطبيقاته، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

194. محمود، محمد مهدي وآخرون (1985). **الصحة النفسية**. بغداد، وزارة التربية.

195. مدكور، ابراهيم (1979). **المعجم الفلسفي**. مجمع اللغة العربية، القاهرة، الهيئة العامة لشؤون المطابع الاميرية.

196. المراد، نبراس يونس محمد (2004) : العوامل المؤدية لظهور المشكلات السلوكية لدى الأطفال.www.bafree.net/fourum/viewtopic.php.

197. مراد، يوسف (1969). **مبادئ علم النفس العام**. القاهرة، منشورات جماعة علم النفس التكاملي، الطبعة السادسة، دار المعارف.

198. مرسي، كمال ابراهيم (1988). **المدخل الى علم الصحة النفسية**. الكويت، دار القلم.

199. مرسي ومحمد كمال ومحمد عودة (1986) **الصحة النفسية في ضوء علم النفس والاسلام** الطبعة الاولى، الكويت، دار القلم.

200. مرهج، ريتا (2003): "**أولادنا**"، بيروت، لبنان، (الانترنيت).

201. المسجن، خلود(2003): فنيات تعديل السلوك. www.natsany.com/showarticlee.php/d=8

202. **ممتاز، عبد الوهاب (2001) القلق والاكتئاب بداية المعاناة مع المرض النفسي القاهرة دار الهلال العدد(5)**

203. منتديات ساندروز(2005) الصدمات النفسية للاطفال في الحروب. اثرها وعلاجها. http://www.Sandroses.com

204. منظمة الصحة العالمية (1999). **صحتنا من سلامة كوكبنا**. الاسكندرية، مصر.

205. **منظمة الصحة العالمية (2001) تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية للعاملين في الرعاية الأولية المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (Brief Version for Primary car Workers) ترجمة قسم الرعاية النفسية -وزارة الصحة بإشراف عبد الإله الإرياني، صنعاء وزارة الصحة**

206. المهدي، اسماء عبد الحسين **2001**. **اثر برنامج ارشادي في خفض قلق المستقبل لدى طالبات الصف السادس الاعدادي. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية**

207. ميلر، سوزانا (1987). **سايكولوجية اللعب**. ترجمة حسن عيسى، الكويت، عالم المعرفة.

208. نادر، اديب محمد (1989). **العلاقة بين الذكاء وبعض المتغيرات المرتبطة بالصحة النفسية**. بغداد. الجامعة المستنصرية، كلية التربية، رسالة ماجستير غير منشورة.

209. ناصر، ايمن غريب قطب (2001). البنية العاملية لمكونات القلق الاجتماعي لدى عينات من الشباب المصري والسعودي، مجلة علم النفس، العدد 57.

210. نايت، ركس ونايت، مرجريت (1965). **المدخل الى علم النفس الحديث**، تعريب د. عبد علي الجسماني، بغداد، مكتبة النهضة.

211. النجم، فياض عبد اللطيف وآخرون (2001). **الفيزياء للصف السادس العلمي**.جمهورية العراق، وزارة التربية، المطبعة الوطنية.

212. النهار، تيسير، الزبيدي، عبدالقوي (2000): "الخصائص السيكومترية للصورة العربية لمقياس بيك للقلق في بيئة دولة الإمارات العربية المتحدة"، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، قطر: مطابع دار الشرق.

213. الهابط، محمد السيد (1985). **التكيف والصحة النفسية، الامراض النفسية - الامراض العقلية، مشكلات الطفل وعلاجها**. الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث

214. الهاشمي، رشيد ناصر خليفة 2001، قلق المستقبل وعلاقته بالاتجاه المضاد للمجتمع لدى طلبة الجامعة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية - ابن الهيثم، جامعة بغداد.

215. وادي، علي احمد (1999). اثر الافراط في تناول القات في الصحة النفسة لطلبة الجامعة في الجمهورية اليمنية. بغداد، جامعة بغداد، كلية التربية (ابن رشد)، رسالة ماجستير غير منشورة.

216. وادي، علي احمد(2000)"اثر العلاج النفسي المعرفي السلوكي في اضطرابات القلق لدى الشباب اليمني" مقدم إلى لجنة حلقة البحث قسم العلوم النفسية كلية التربية ابن رشد جامعة بغداد

217. وحيد، أحمد عبد اللطيف (2001): علم النفس الأجتماعي، ط1، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

218. الوردي، علي (1959). الاحلام بين العلم والعقيدة. بغداد، مطبعة الرابطة.

219. وزارة الصحة (2002). الشباب والسلوك الصحي. عُمان.

220. وشاح، هاني (1988) ضغط الدم وعلاقته بنمط الشخصية (أ). رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية. جامعة الأردن.

221. ياسين، عطوف محمود (1981). علم النفس العيادي. بيروت، دار العلم للملايين.

222. يحي، خولة أحمد(2000) الاضطرابات السلوكية والانفعالية دار الفكر عمان

223. يحيى، خولة احمد (2000): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر، عمان، الأردن، ط1.

224. يعقوب، نايف نافذ رشيد، وآخرون (2002): مركز الضبط وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة الصف العاشر الأساس في مدينة اربد في الأردن، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، المجلد الأول، العدد(31).

225. يونس، انتصار (2000): **السلوك الانساني**، الازايطة –الاسكندرية: المكتبة الجامعية.

ثانياً : المصادر الأجنبية :

226. Adams , G. S. (1964). Measurement and Evaluation in Education Psychology and Guidance. New York : Holt.

في: ناصر هراط فارس الزوبعي (1999). **الصحة النفسية وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي لدى طلبة الجامعة**. بغداد، جامعة بغداد، كلية الاداب، رسالة ماجستير غير منشورة.

227. Albrecht , S. L. & et. al. (1980). Social Psychology. New Jersey , Prentice - Hall , Inc.

228. Amanat , E. (1974). Contents of day and night dreams of emotionally disturbed adolescents. Child Psychiatry and Human Development. 1974 (Spr.) , Vol. 4 (3) , PP. 157-167. In : Lois Granick & et. al., (Editors) (1975). Psychological Abstracts , Vol. 53 , No. 1.

229. Anastasi, A. (1988). Psychological Testing. New York. MacMillan Publishing Company.

230. Antrobus , J. S & et. al. (1967). Singal - detection performance by subjects differing. In predisposition to daydream. Journal of Consulling Psychology , 31 , PP. 487-491.

231. —— (1964). Eye movements accompanying Daydreaming, Visual Imagery, and thought suppression. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1964, Vol. 69, No. 3, PP. 244-252.

232. Arkin, A. M. (1978). The mind in sleep. Psychology and Psychophysiology. New York , John Wiley & Sons.

233. Arkoff , ABE (1968). Adjustment and mental health. New York , McGraw-Hill Book Company.

234. Arnemann, C. (1996). Help-seeking avoidance among college students As A function of Ethno- Cultural Identity. DAI - B 56 / 12 , P. 7090 , Jun 1996.

235. Atkinson , R. ; Smith , E. & Hilgard , E. (1987). Introductin to Psychology, 9th edition. Harcourt Brace Jovanovich, Publishers , San Diego.

236. Back, K. W. (1977). Social Pychology. New York , John Wiley & Sons.

في: أزهار هادي رشد (1995). **دور الدولة والأسر البديلة وأثرهما على الصحة النفسية للأيتام**. بغداد، الجامعة المستنصرية، كلية الآداب، رسالة ماجستير غير منشورة.

237. Bovet , P. & Parnas , J. (1993). Schizophrenic Delusions : Aphenomenolgical approach. British Journal of Psychiatry , Vol. 19 , No. 3.

238. Burge, M. H. (1997). Friendship and mental health (Relationships, Attachment). DAI-B 57 / 07 , P. 4697 , Jan. 1997.

239. Cairns , E. (1988). Social class psychological well-being and minority status in north Ireland. The International Journal of Social Psychiatry , Vol. (35) , No. (3).

في: ناصر هراط فارس الزوبعي (1999). **الصحة النفسية وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي لدى طلبة الجامعة**. بغداد، جامعة بغداد، كلية الاداب، رسالة ماجستير غير منشورة.

240. Cohen , J. (1966). Anew Introduction to psychology. London , George Allen & Unwin Ltd.

241. Costello , C. G. (1976). Symptoms of Psychopathology. New York , John Wiley & Sons , Inc.

242. Crawford, H. J. (1982). Hypnotizability , Daydreaming Styles , Imagery Vividness , and Absorption : a Multidimensional Study. Journal of Personality and Social Psychology, 1982, Vol. (42) , No. (5) , PP. 915-926.

243. Cundiff , G. & Gold , S. R. (1979). Daydreaming : A measurable concept. Perceptual and Motor Skills, 1979 , 49 , PP. 347-353.

244. Dicaprio , N. S. (1976). The good life models for a healthy. New Jersey. Englewood Cliffs , Prentice - Hall , Inc.

245. Ebel , R. L. (1972). Essential of educational measurement , New Jeresy , Englewood Cliffs , Prentice - Hall.

246. Edwards , A. L. (1957). Techniques of Attitude scale construction. New York , Appleton , Country Crofts , Inc.

247. Elliot , A. W. & Stewart , B. J. (1984). Assessing individuals. Psychological and Educational. Tests and measurements , Boston , Little , Brown & Company.

248. Ellis , A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy , New York , Lyle Sturat.

في: شوبو عبد الله ملا طاهر (1995): **الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة الجامعات وعلاقتها بالضغوط النفسية وأساليب التعامل معها.** بغداد، الجامعة المستنصرية، كلية التربية، إطروحة دكتوراه غير منشورة.

249. — (1999). Rational Emotive Behavior Therapy as An Internal Control Psychology International. Journal of Reality Therapy Fall 1999, Vol. XIX, No.1.

250. Ellis , H. C. & Hunt , R. R. (1993). Fundamentals of Cognitive Psychology. Boston , The McGraw-Hill Companies.

251. Feijo, R. & et. al. (1997). Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in southern , Brazil. J. Adolesc-Health , 1997 Mar ; 20 (3) , PP. 232-237.

252. Feshbach, S. (1955). The drive reducing function of fantasy behavior. The Journal of Abnormal and Social Psychology. (1995) Vol. (50) No. (1) PP.3-11.

253. Fransella, F. (1981). Personality Theory , Measurement and Research , London , Methuen and Co. Ltd.

254. Freedman , H. (1984). Mental Health and Environment. London : Churchill Livingston Co.

255. Freud, S. (1964). The complete introductory lectures on psychoanalysis. Alden & Mowbray Ltd at the Alden Press , Oxford.

256. Ghiselli , E. E. & et. al. (1981). Measurement Theory for Behavioral Sciences. San Francisco , W. H. Freeman & Company.

في : ناصر هراط فارس الزوبعي (1999). **الصحة النفسية وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي لدى طلبة الجامعة**. بغداد، جامعة بغداد، كلية الاداب، رسالة ماجستير غير منشورة.

257. Giambra , L. M. (1974). Daydreaming across the life span : late adolescent to senior citizen. International Journal of Aging and Human Development. 1974 (Spr.), Vol. 5 (2), PP. 115-140. In : Lois Granick & et. al., (Editors) (1975). Psychological Abstracts , Vol. 53 , No. 5 , Washington , D. C., The American Psychological Association , Inc.

258. —— (1977). Afactor analysis study of daydreaming. Imaginal process , and temperament : Areplication on an adult male life-span sample. Journal of Gerontology. 1977 (Nov.), Vol. 32 (6), PP. 680. In: Lois Granick & et.al.,

259. (Editors) (1978). Psychological Abstracts, 1978, Vol. 60, No. 1 , Washington, The American Psychological Association , Inc.

260. —— (1980). Afactor analysis of the items of the imaginal processes inventory. Journal of Clinical Psychology, April, 1980, Vol. 36, No. 2, PP.383-409.

261. —— (1983). Daydreaming in 40 - to 60 - year - old women : Menopause , Health , Values , and Sexuality. Journal of Clinical Psychology, January, 1983, Vol. 39, No. 1 , PP. 11-21.

262. Giambra, L. & Traynor, T. (1978). Depression and daydreaming : An Analysis Based on self-Rations. Journal of Clinical Psychology , January, 1978 , Vol. 34, No. 1, PP. 14-25.

263. Gold , S. R. & Cundiff , G. (1980 a). Increasing the frequency of Daydreaming. Journal of Clinical Psychology , Vol. 36 , 1-4 , 1980 , PP. 116-121.

264. —— (1980 b). A procedure for increasing self - reported Daydreaming. Journal of Clinical Psychology, October , 1980 , Vol. 36 , No. 4 , PP. 923-927.

265. Gold , S. R. & et. al. (1986). Daydreaming , Self - concept and academic performance. J. Imagination , Cognition and Personality , Vol. 5 (3) , PP. 239-247.

266. —— (1987). Daydreaming and mental health. Imagination Cognition and Personality , Vol. 1 , 1986-87.

267. Goldenson , R. M. (1970). The Encyclopedia of Human Behavior. New York : Doubleledoy & Company , Inc.

268. Graham , J. R. & Lilly , R. S. (1984). Psychological Testing. New Jersey. Prentice - Hell , Inc., Englewood Cliffs.

269. Greenwald , D. F. & Harder , D. W. (1997). Fantasies , coping behavior , and psychopathology. J. Clin- Psychol. 1997 Feb ; 53 (2) : PP. 91-97.

270. Henderson, B. B. & et. al. (1982). Daydreaming and curiosity in Gifted and Average children and Adolescents. Developmental Psychology, 1982. Vol. 18, No.4, PP.576-582.

271. Hirschowitz , R. G. & Levy , B. (1976). The Changing Mental Health Scene. New York : John Wiley & Sons.

272. Huba , G. J. & et. al. (1977). Consistency of daydreaming styles across samples of college male and female drug and alcohol users. Journal of Abnormal Psychology , 1977 , Vol. (86) , No. (1) , PP. 99-102.

273. —— (1981). Development of scales for three second - order factors of inner experience. Multivariate Behavioral Research , April , 1981 , Vol. 16 , PP. 181-206.

274. In : Lois Granick & et. al., (Editors) (1975). Psychological Abstracts , Vol. 53 , No. 3 , Washington , D. C., The American Psychological Association , Inc.

275. Jackson , J. & et. al. (1996). Racism and the physical and mental health status of African Americans : A thirteen year national panel study. Ethn - dis. 1996 Winter-Spring ; 6 (1-2) : PP. 132-147.

276. Jorm , A. & et. al. (1997). Mental health literacy : A survey of the public's ability recognise mental disorders and their beliefs about effectiveness of treatment. Med. J. Aust. 1997 Feb. 17 ; 166 (4) , PP. 182-186.

277. —(1999). Smoking and mental health: Results from a community survey. Med- J. Aust. 1999 Jan , 18 ; 170 (2) , PP. 74-77.

278. Kagan , J. & Haveman , E. (1972). Psychology ; An Introduction. New York. Harconrt Brace Jovano. Rich , Inc.

279. Kaplan , R. M. & Saccuzzo , D. P. (1982). Psychological Testing Principles , Applications , and Jssues , Brooks. California. Cole Publishing Company Monterey.

280. Kilander , F. (1968). School health education. New York : Mcmillan Co.

281. Kimble , G. A. & et. al. (1980). Principles of general psychology. 5th edition , New York , John Wiley & Sons , Inc.

282. Klinger , E. (1971). Structure and Functions of fantasy. New York, Wiley - Inter Science.

283. — (1990). Daydreaming. Los Angeles. Jeremy P. Tarcher , Inc.

284. — (2000). Daydreams, Encyclopedia of psychology. American Psychological Association.

285. Lagrone, C. W. (1963). Sex and Personality Differences in Relation to Fantasy. Journal of Conculling Psychology, Vol. 27 , No. 3 , 270-272.

286. Lehner , G. F. J. & Kube , E. (1962). The Dynamics of Personal Adjustment. Englewood Cliffs , N. J. Prentice - Hall , Inc.

287. Lewis , M. & Rosenblum , A. (1979). The child and it's family. New York. Mechael Plenum Press Co.

في: زيد بهلول سمين (1997). **الأمن والتحمل النفسيان وعلاقتهما بالصحة النفسية.** بغداد، الجامعة المستنصرية، كلية الآداب، إطروحة دكتوراه غير منشورة.

288. Linde , A. R. & et. al. (1968). Social Psychology. New York , Holt , Rinehart & Winston.

289. Mahoney , M. J. (1980). Abnormal psychology perspectives on human variance , Sanfrancisco , Harper & Row , Publishers.

290. 157. Maslow , A. H. (1970). Motivation and Personality. New York. Harper & Row Publishers.

291. —— (1978). Health As transcendence of Environment. In : Cattle , T. J. & Witten , P. (eds.) Readings in Personality and Adjustment. PP. (16-18), Confield Press Co. San Fransisco.

في : زيد بهلول سمين (1997). **الأمن والتحمل النفسيان وعلاقتهما بالصحة النفسية**. بغداد، الجامعة المستنصرية، كلية الآداب، إطروحة دكتوراه غير منشورة.

292. Mckellar , P. (1967). Imagination and thinking. London , Cohen & West.

في : ثريا علي حسين (1999). **اثر بعض المتغيرات في التخيل**. جامعة بغداد، كلية الآداب، رسالة ماجستير غير منشورة.

293. Meacher , M. (1979). New Methods of Mental Health Care. Oxford : Paranoh Press.

294. Morgan , C. T. & King , R. A. (1975). Introduction to psychology. McGraw-Hill Book Company.

295. Munn , N. L. (1962). Introductin to Psychology. Houghton Mifflin Company , Boston.

296. Nunnally , J. G. (1978). Psychometric theory. New York , McGraw-Hill , Book Company.

297. Orme , J. E. (1971). An Introduction to Abnormal Psychology. Great Britain. Cox & Wyman Ltd., Fakenham.

298. Osterberg , E. & et. al. (2000). Apopulation study on irritable bowel syndrome and mental health. Secand. J. Gastroenterol , 2000 Mar ; 35 (3) , PP. 264-268.

299. Perry , A. R. (1992). Sustained attention and the type A behavior pattern : The effect of daydreaming on performance. Journal of General Psychology (1992), Vol. 119, Issue 3 , PP. 212-217 , 1 Chart , 3 Graphs.

300. Pope , K. S. & Singer , J. L. (1978). The stream of consciousness. New York , John Wiley & Sons.

301. Richards , M. & et. al. (1997). The effects of divorce and separation on mental health in a national uk birth cohort. Psychol-Med. 1997 Sep. ; 27 (5) : PP. 1121-1128.

302. Richards , P. S. (1991). Religious deroutness in college students relations with motional adjustment and psychological sperararation from parents. Journal of Counseling Psychology , Vol. 38.

في : ناصر هراط فارس الزوبعي (1999). **الصحة النفسية وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي لدى طلبة الجامعة**. بغداد ، جامعة بغداد ، كلية الاداب ، رسالة ماجستير غير منشورة.

303. Rosenfeld , E. & et. al. (1982). Measuring Patterns of Fantasy Behavior in Children. Journal of Personality and Social Psychology (1982) , Vol. 42 , No. 2 , PP. 347-366.

304. Rotter, J. B. (1971). Clinical psychology , New Jersey , Prentice - Hall , Inc.

305. Sammallahti, P. & et. al. (1996). Psychological defenses and psychiatric symptoms in adults with pediatric spinal cord injuries. Spinal - Cord. 1996 Nov; 34 (11): PP. 669-672.

306. Sarbin , T. R. (1964). Studies in behavior pathology. New York. Holt Rinchart and Winston.

307. Segal , B. (1974). Drug use and fantasy processes : Criterion for prediction of potential users. International Journal of the Addictions , 1974 , Vol. 9 (3) , PP. 475-480.

308. Segal , B. & et. al. (1980). Drugs , daydreaming , and personality. New Jersey. Lawrence erlbaum Associates , Publishers , Hillsdale.

309. Simons . J. A. (1994). Human adjustment. U. S. A., Brown & Benchmark Publishers.

310. Singer , J. L. (1975). Navigating the stream of consciousness. Research in Daydreaming and related inner experience. American Psychologist. July 1975 , PP. 727-738.

311. —— (1976). Daydreaming and Fantasy, London, George , Allen & Unwin Ltd.

312. —— (1998). Daydreams, the stream of consciousness, and self - representations. In : R. Bornstein & J. Masling (eds) (1998). Empirical perspectives on the Psychoanalytic unconscious , Washington , Dc : APA Books , PP. 141-186.

313. Singer, J. L. & Bonanno , G. A. (1990). Personality and private experience : Individual variations in consciousness and in attention to subjective phenomena. In L. Pervin (Ed.) , Handbook of Pesonality : Theory and Research. New York : Guilford Press.

314. Singer , J. L. & Mccraven , V. G. (1961). Some characteristics of adult daydreaming. Journal of Psychology , 1961 , 51 , 151-164.

315. Starker , S. (1974). Daydreaming styles and Nocturnal dreaming. Journal of Abnormal Psychology , 1974 , Vol. 83 , No. 1 , PP. 52-55.

316. Starker , S. & Hasenfeld , R. (1976). Daydream styles and sleep disturbance. Journal of Nervous and Mental Disease , 1976 (Dec) , Vol. 163 (6) , PP. 400 , In : Lois W. Granick & et. al. (Editors) (1977). Psychological Abstracts , Vol. (57) , No. 4.

317. Starker , S. & Singer , J. L. (1975). Daydreaming and symptom patterns of psychiatric patients a factor - analytic study. Journal of Abnormal Psychology , Vol. 74 , No. 5 , 567-570.

318. Sugisawa , A. & et. al. (1997). Effect of retirement on mental health and social well- being among elderly japanese. Nippon - Koshu- eisei - Zasshi. 1997 Feb. : 44 (2) : PP123-130.

319. Teague , R. G. & Gold , S. R. (1981). Increasing attention to Daydreaming by self-Monitoring. Journal of Clinical Psychology , July , 1981 , Vol. 37 , No. 2 , PP. 538-541.

320. Thorndike , R, L. & Hagen , Elizabeth , P. (1977). Measurement and evaluation in psychology education. New York , John Wiley & Sons.

321. Torrance , E. P. & Storn , R. D. (1965). Mental Health and Achievement. Second Edition , New York. John Wiley Sons Inc Co.

في : زيد بهلول سمين (1997). **الأمن والتحمل النفسيان وعلاقتهما بالصحة النفسية**. بغداد، الجامعة المستنصرية، كلية الآداب، إطروحة دكتوراه غير منشورة.

322. Valkenburg, P. M. & et.al. (1994).Influence of TV on daydreaming and creative imagination. Psychological Bulletin , Sep. 1994 , Vol. 116 , Issue 2 , P. 316.

323. Wagman , M. (1967). Sex differences in types of daydreams. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 7, No. 3, PP. 329-332.

324. Wolfradt , U. & Engelmann , S. (1999). Depersonalization , Fantasies , and Coping Behavior in Clinical Context. J. Clin - Psychol. 1999 Feb ; 55 (2) : 225-232.

325. Wolman , B. B. (1973). Dictionary of Behavioral Science. New York , Vannostrand Reinhold Company.

326. Woodworth, R. S. (1929). Psychology. New York , Henry Holt and Company.

327. Johonson, K.(2000) "Social _cognitive training cam quell aggression children "Family Practice new,vol.13,no.6.

328. Teagarden.James(2002):Effects of instructionnal delivery taking upon violence in elementary –age student.DAI-A63105.

329. Tang,Tony,Z,Et.Al(1999);"Sudden Gains And Critical Sessions In Cognitive –Behavioral Therapy For Depression" American Psychiatric Association Vol 67,No 6,894-904

330. DanForth, J. (1999): "The Outcome of Parent Training Using The Behaviour Management Flowchart With A Mother and Her Twin Boy With Oppositional Defiant and Attention Deficit Hyperactivity Disorders", Children and Family Behaviour Therapy, Vol.121, No.4.

331. McKay, M. and Gonzales, J. (1999): "Multiple Family Group: An Alternative for Reducing Disruption Behaviour Difficulties of Mentaly Retarded Children", Social Work Practice, Vol.9, No.5.

332. Rosenberg, A. (1999): "Pygnation: Parent Training for Family of Children Diagnosed With Attention Deficit Hyperactivity Disorders", Dis Abs Int, Vol.5, No.9.

333. Wender, P.H., ADHD (2000): "Attention-deficit Hyperactivity disorder in Children and Adults", New York: Oxford University Press.

334. Demnis, G,B. (1992) social phopia social Anxiety: continuous or discontinuous constructs? (continuous constructs) Dissertation Abstract International, B52/08.

335. Stemberger, R. et.al. (1995). social phopia: An Analysis of possible development factors. Journal of Abnormal psychology. N3. V.1

336. Artmann,Joseph.(2001).PublicHearingTestimony. www.angelfire.com/mn2/amph/artmann_testimony.htm

337. Basrur, Sheela. V. (2000). Health Effects of Noise. City of Toronto, Toronto PublicHealth.www.city.toronto.on.ca/helth/hphe/pdf/noiserpt_a Hachmentmarch 23.pdf

338. Bronzaft, A. (b)(2000). Intrusive community noises yield more complaints. Hearing Rehabilitation Quarterly, Vol. 25, No. 1.

339. Donofrio,Steve.(2001).Psychoacoustics &The Grammer of Audio. www.natf.org/documents/psycoa.pdf

340. Hume, ken. & others (2001). Apilot-study in to complaints caused by aircraft operation: nois level and time of day.

341. Hygge, S. (a) (2001). The munich airport noise study alongitudinal study of Physiological, Perceptual, Cognitive, Motivational and quality of life effects on children. Laboratory of Applied Psychology. Center of Built Environmental.

342. Melamed , S. & Others (2001). The interactive effect of chronic exposure to noise and job colexity on changes in blood pressure and job satisfaction: A longitudinal study of industrial employees. Journal of Occupational Health Psychology. Vol.6, No.3, P.182-192. www.apa.org/journals/ocp.html

343. Nelson, P. B. (2001). The Campaign for Imporved Acoustics in Schools. Hearing Rehabilitation Quarterly. www.lhh.org /hrq/noise/nelson.htm

344. Noise &Hearing- The Facts (2001). League for the Hard of Hearing. www.lhh.org

345. Oticon.Inc (a). (2001) - How does the ear work.

346. Ouis, D. (2001). Annoyance from road traffic noise: A review. Journal of Environmental Psychology. Vol. 21, No. 1, PP. 101-120.

347. Richards, Z. M. & Gross, J.J. (2000). Emotion regulation and memory: the cognitive costs of keeping, one's cool. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 79, No. 3, PP. 410-424.

348. Turner. Don (2001). Sound, Noise and Sport Shooting Ranges.

349. regulations. 21 Noise, control. www.nonoise.org/lawlid/cities/ut/saltlakecity.htm

350. Walker, John G. (2000). Noise pollution frequency. In Latha Menon Microsoft Encarta Encyclopedia. World English Edition.

351. Conner , M. and Norman , P.(2001). Predicting Health Behaviour. Open University Press. UK.

352. Paschal , S. & Ablaham , C. (2001). perdicting Health behaviour. open university press.

353. Robert , R. (2002). the type A Scale , Journal of Human stress.

354. Sheeran , P. & Abraham , C. (2002). the health belife model. New York.

355. - Smith , T. W. (2002). the type A Scale. Journal of Human stress

356. huitt, Niolon (2000): Moral Development, أخذت من الانترنيت (http:// syked. Com).

357. Kramer, Charles (2001): Kohlberg's Tages of Moral Development, (http://www.squ.edu.om/) اخذت من الانترنيت على الموقع

358. Barger, Smth (2000): Asummary of Lawrence Kohlber's

359. Claypoole, S.D (2000): Moral Dilemma Disussions An Effective Group Intervention for Juvenile off Enders, Journal of Educational psychology, Vol.25, issue 40, P.1-11.

360. Kramer, Charles (2001): Kohlberg's Tages of Moral Development, (http://www.squ.edu.om/) اخذت من الانترنيت على الموقع.


تليجرام
غواص في بحر الكتب


تليجرام
هنا
سور الأزبكية

الصحة النفسية
للفرد والمجتمع



الرضوان
للنشر والتوزيع
المملكة الأردنية الهاشمية
عمان - العبدلي - شارع الملك حسين
قرب وزارة المالية - مجمع الرضوان التجاري رقم 118
هاتف: 4616436 6 962+ فاكس: 4616435 6 962+
ص.ب 926414 عمان 11190 الأردن
E-mail : gm@redwanpublisher.com
gm.redwan@yahoo.com
www.redwanpublisher.com

مكتبة العلامة الحلّي
AL ALLAMA LIBRARY FOR PUBLICATION & DISTRIBUTION
مكتبة العلامة الحلّي للنشر والتوزيع

9789957761882